ÜBER DAS VERHÄLTNISS

DER

TUBERCULOSE ZU DEN GEISTESKRANKHEITEN.

INAUGURAL-DISSERTATION

BEHUFS ERLANGUNG DES DOCTORGRADES

DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÆT ZU BASEL

VORGELEGT VON

TH. BURI

VON BASEL.

GENEHMIGT AUF ANTRAG DES HRN. PROF. DR. L. WILLE.

BASEL.

SCHULTZE'SCHE UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI

(L. REINHARDT)

1886.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548820_0042

ÜBER DAS VERHÄLTNISS

DER

TUBERCULOSE ZU DEN GEISTESKRANKHEITEN.

Inaugural-Dissertation

BEHUFS ERLANGUNG DES DOCTORGRADES

DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÆT ZU BASEL

VORGELEGT VON

TH. BURI

VON BASEL.

Genehmigt auf Antrag des Hrn. Prof. Dr. L. Wille.

BASEL.

Schultze'sche Universitäts-Buchdruckerei

(L. REINHARDT)

1886.

Meinem hochverehrten Lehrer

HERRN PROF. DR. L. WILLE

Director der psychiatrischen Klinik in Basel

in

Hochachtung und Dankbarkeit

gewiedmet.

VORWORT.

Als ich im Jahre 1882 während kurzer Zeit die Assistenzarztstelle im Basler Irrenhaus versah, fanden sich unter den Kranken dieser Anstalt mehrere, die neben ihrer psychischen Störung ausgesprochene Symptome von Lungentuberculose darboten.

Fast unwillkürlich drängte sich dadurch die Frage auf, ob die beiden Krankheiten, die Tuberculose und die Psychose, in irgend welchen näheren Beziehungen zu einander standen, oder ob sie sich nur zufällig auf einem und demselben Individuum getroffen hatten. Es frug sich auch, ob diesen mit Tuberculose complicirten Psychosen nicht gewisse, ihnen eigenartige Züge zukamen, die gestatteten, sie von andern nicht mit Tuberculose vergesellschafteten Geisteskrankheiten zu unterscheiden.

Es ist klar, dass alle diese Fragen nicht nur von grossem theoretischen Interesse, sondern unter Umständen auch von hoher praktischer Bedeutung sind. Wiederholt bildeten sie denn auch den Gegenstand klinischer Besprechung.

Gerne gieng ich auf den Vorschlag des Herrn Prof. Wille ein, das Verhältniss der Tuberculose zu den Psychosen auf Grund der in den letzten 10 Jahren im hiesigen Irrenhause beobachteten Fälle zu bearbeiten.

Ich spreche Herrn Prof. Wille für die gütige Ueberlassung des Materials, sowie für seine vielfachen freundlichen Rathschläge meinen besten Dank aus.

I.

Literatur.

Bevor ich zur Besprechung der im hiesigen Irrenhause beobachteten Fälle von Tuberculose schreite, sei es mir gestattet, zusammenzustellen, was ich in der mir zugänglichen Literatur über das Verhältniss der Tuberculose zu den Psychosen gefunden habe.

Die Literatur über diesen Gegenstand reicht verhältnissmässig nicht weit zurück. Wenn wir absehen von der Bemerkung des Hippokrates, dass Unterdrückung des Auswurfs zu Geistesstörung führen könne, so finden wir erst Ende des vorigen Jahrhunderts zum ersten Male auf das eigenthümliche Verhalten beider Krankheiten zu einander aufmerksam gemacht und zwar von Schmittmann[1]) in Hufelands Journal 1799, Band 7. Der Verfasser berichtet dort von einer Kranken, die hektisch, bis zum Excess abgemagert, am Rande des Grabes tobsüchtig wurde und von da an körperlich sich so besserte, dass sie nach wenig Monaten physisch geheilt war, während sie psychisch verstimmt blieb. Im selben Journal wird von Mead[2]) das Abwechseln von Psychosen mit Phthisen betont. Verfasser beobachtete ein 28jähriges Mädchen mit ausgesprochenen Symptomen von Phthise, Hämoptoë, Abmagerung etc., das nach geistlicher Misshandlung in religiöse Melancholie verfiel. Darauf hin trat Besserung der somatischen Verhältnisse ein, Fieber, Auswurf, Schweiss etc. wurden geringer, das Aussehen hob sich, doch starb die Kranke drei Monate später an Phthise.

1) Hufelands Journal, 1799, Bd. 7.
2) l. c. Bd. 10, 1800.

Arnold[3]) (übersetzt von Ackermann) berichtet nur, dass er habituelle Engbrüstigkeit mit Anfällen von Wahnsinn habe abwechseln sehen; doch führt er Phthise nirgends als Ursache von Psychosen an, selbst nicht als eine entfernte.

Der erste, der nachdrücklich auf das merkwürdige Verhältniss von Tuberculose und Geisteskrankheiten aufmerksam machte, war Jacobi. Er erkannte und schilderte zuerst das Charakteristische der tuberculösen Psychosen.

Jacobi[4]) giebt die ausführlichen Krankengeschichten von 7 Fällen, bei denen die Geisteskrankheit entweder durch die Tuberculose bedingt war, oder wo sie wenigstens durch die letztere eigenartig gestaltet wurde. Er glaubt, dass in den meisten Fällen von mit Tuberculose verbundener Geisteskrankheit die letztere eine eigenthümliche Form an sich trage, und schildert dieselbe folgendermassen:

»Das Charakteristische besteht eben in jenen Aeusserungen von regellosen Gemüthsbewegungen, von Grillenhaftigkeit, in jenem Hin- und Herschweben in launenhaften Extremen ohne Veranlassung, das alle Urtheile, Gefühlsäusserungen, Handlungen solcher Kranken so eigenthümlich bezeichnet, dass es mir schon seit geraumer Zeit als Hülfsmittel zur Diagnose dient, sowie dies auch von andern Aerzten, denen ich meine Kranken zeigte, anerkannt wurde.«

Ich theile hier den interessantesten und charakteristischsten der 7 Fälle Jacobi's in Kürze mit:

Fall 5. — C. Brettschneider, 23 Jahre alt. War immer gracil, aber stets gesund, intelligent, fromm, aber verschlossen und stolz. Vor zwei Jahren Beginn eines Lungenleidens mit Husten, reichlichem, zuweilen blutigem Auswurf und grosser Abmagerung. Nach einem Jahr angeblich Heilung und Aufenthalt auf dem Lande. Da

3) Ueber den Wahnsinn. 2. Theil. 1784. S. 109.

4) Beobachtungen über Pathologie und Therapie der mit Irresein verbundenen Krankheiten. 1830. — id. Annalen der Irren-Heilanstalt zu Siegburg. 1837.

wurde Patientin plötzlich tobsüchtig nach heftiger Eifersucht. Nach 7 monatlicher erfolgloser Behandlung zu Haus machte die Kranke einen Angriff auf ihren Vater und musste in Siegburg aufgenommen werden.

Status receptionis: Schlank, habitus phthisicus, Abends Fieber, Schweisse, Oedem, Husten mit blutigem Auswurf, Dyspnœ blutige Diarrhöen. Offenbar Phthise im 3. Stadium.

Psychisch keine Wahnvorstellung ausser der dunkeln einer allseitig gegen sie gerichteten Verfolgung, kein krankhafter bestimmter Gemüthsaffect, keine krankhaft fixirte Willensrichtung mit Ausnahme der eines allgemeinen Widerstrebens gegen alles, was man ihr zumuthen mochte.

Vielmehr waren die Wahnvorstellungen ebenso wechselnd als vielfältig gestaltet, immer wenig ausgebildet, theils aus zufälligen Reminiscenzen, theils aus den augenblicklichen Eindrücken, nach Maass ihrer krankhaften Phantasie und geschwächten Perceptions- und Urtheilskraft zusammengesetzt, fortwährend eine in der andern untergehend, nur mit beständigem Vorwalten des Düstern und Missfälligen.

Ihr Gemüth unterlag beinahe stetigem Wechsel leidenschaftlicher Bewegungen, besonders des Hohns, der Verachtung, des Stolzes, Verdrusses, Zornes, die aber mitunter auch freundlicheren und geselligeren Regungen oder auch einer stumpfen Abgespanntheit oder gänzlichen Gleichgültigkeit wichen.

Willenssphäre: Nur böse Laune, momentane Grillen, thörichtes, gereiztes, verkehrtes, wunderliches Durcheinandertreiben.

Dieses Gemisch von regellosem Wahn, von jeden Augenblick wechselnden Affecten und von grillenhaften Willensregungen bezeichnete den Seelenzustand.

Wie im Fluge folgten sich bei ihr die entgegengesetztesten Gemüthsstimmungen; noch mit thränendem Auge sah man sie schon wieder spöttisch lachen und gleich darauf wieder ihre Umgebung mit den heftigsten und erniedrigsten Schmähworten überschütten. Durch die geringfügigsten Veranlassungen wurden die heftigsten Zornausbrüche mit gellendem Geschrei und gefährlichsten Angriffen hervorgerufen. — War sie auch ruhiger, so antwortete sie auf Fragen gar nicht oder trotzig, abstossend, unartig, meist ganz wahnsinnig oder verwirrt. Ergriff man ihre rechte Hand, um den Puls zu fühlen, so wollte sie durchaus nur die linke geben. Bezeugte die Wärterin, dass sie gut geschlafen habe, so leugnete sie; bedauerte man ihre Leiden, so rühmte sie ihr Wohlbefinden, behauptete aber gleich darauf, dass man ihre Gesundheit frevelhaft zu Grunde gerichtet habe. Sie kränkte ihre Wärterin auf jede Weise. Trotz sorgfältig ausgewählter Nahrung warf sie ihre Teller etc. auf den Boden, beklagte sich höchlichst über die Speisen, zertrümmerte, was sie konnte. Fast jeden Augenblick kam eine neue Verkehrtheit, eine neue Grille, ein neuer Zornausbruch zum Vorschein. Mitunter war sie auch milder, freundlicher, aber höchstens 2—3 Tage.

Während des fünfmonatlichen Aufenthaltes in S. machte die Phthise Fortschritte bis zum Tod, wobei der krankhafte psychische Zustand derselbe blieb. In der letzten Woche war sie zuweilen milder, freundlich, aber auch heftig und capriciös im höchsten Grad. Stiess z. B. den Priester zurück, verlangte ihn aber wenige Stunden darauf dringend. Wünschte noch dringend Arznei, um sich vor dem Tod zu retten, stiess aber die sehnlichst Erwartete, nachdem sie einmal eingenommen hatte, als Gift zurück.

Die Section ergab Tuberculose der Lungen mit sehr grossen Cavernen.

Doch nicht jedes Mal konnte Jacobi das geschilderte Krankheitsbild so grell oder in demselben Complex von Symptomen wieder finden:

»Denn wie der Seelenzustand bei geistesgesunden Tuberculösen verschieden ist bei verschiedenen Individuen, so auch und in noch höherm Grade bei den tuberculösen Geisteskranken. Verschiedenes Temperament, Geschlecht, Alter modificiren das Krankheitsbild, ebenso gleichzeitig bestehende andere Leiden. Immer aber wird durch die oben geschilderte psychische Eigenthümlichkeit die Abhängigkeit vom Lungenleiden gekennzeichnet.«

Der erste, der auf die grosse Häufigkeit der Phthisis bei Geisteskranken aufmerksam machte, war Esquirol.[5]) Er ist überzeugt, dass die Phthise geistige Störungen verursachen oder wenigstens mit ihnen alternieren kann. Besonders häufig beobachtete er Lungen-Phthise bei Melancholie; unter 168 Melancholikern konnte 65 Mal bei der Section Phthise nachgewiesen werden, also in 38.6 % der Fälle.

Auch Georget[6]) wies auf die Häufigkeit der Lungenkrankheiten bei Irren hin.

In England ward das zahlreiche Vorkommen der Phthisis pulm. zuerst von Burrows und Ellis bemerkt.

5) Des maladies mentales. 1838.
6) De la folie. 1821.

Burrows[7]) erklärt die Phthise als eine unbestreitbar grosse Todesursache bei Irren. Sie ist in vielen Fällen zugegen, wo man sie gar nicht vermuthet; bei grosser Abmagerung ohne anderweitigen Grund darf man sie vermuthen. B. sah viele Irre ausser bedeutender Entkräftung kein einziges Symptom von Lungenerkrankung darbieten; erst ganz kurz vor dem Tod brachen plötzlich Lungensymptome hervor, obschon dann die Section bedeutende Lungenveränderungen zeigte.

Ellis.[8]) — Auch dieser Autor bemerkt, dass die Autopsie oft zahlreiche Tubercel entdeckt bei Geisteskranken, die keinerlei eitrige Expectorationen gehabt hatten. Die Phthise nimmt eine grosse Zahl Irrer fort und oft scheint das Hirn sympathisch durch Lungenleiden afficirt zu sein. E. berichtet dann von zwei Fällen, bei denen ein eigenthümliches Alterniren der phthisischen Symptome mit denen der Psychose auffiel.

Friedreich.[9]) Respirationskrankheiten. — Dem Athem kommt nach Nasse[10]) und Burdach eine besondere psychische Bedeutung zu. »Der Liebende in freudiger Erwartung, der in freudigem Reiz athmet in volleren Zügen; das tiefe Einathmen des noch Begehrenden wird zum Seufzen. Der Ruhige athmet mit voller Brust, Menschen mit gut ausgebildetem Athmungsorgane sind muthiger und hoffnungsreicher; Thiere, deren Brust durch den Aufenthalt auf den Bergen breiter geworden, zeigen mehr Munterkeit und Kühnheit. – Zorn und Wuth erfordern eine grosse Steigerung des Athems; die Brust des Zornigen steigt gewaltsam auf und ab; er kann nicht Luft genug bekommen. Nur der Mann, der tief und kräftig zu athmen versteht, ist des vollen Zornes fähig. Bei dem Wüthenden ist dieses Athmungs-

7) Commentaries on insanity. S. 225—233.

8) Traité de l'aliénation mentale traduit par Archambault. 1840. p. 117.

9) Handbuch der allgemeinen Pathologie der Geisteskrankheiten. 1839. S. 381 ff.

10) Zeitschrift. 1820. 1. Heft. S. 101

bedürfniss noch stärker. Nasse will nie einen entschiedenen Maniacus mit ursprünglich schlechten Athmungsorganen gesehen haben. Bei unangenehmen Gemüthsbewegungen wird das Athmungsbedürfniss vermehrt, das beweist der nachtheilige Einfluss solcher Gemüthsbewegungen auf Individuen, welche wegen der Beschaffenheit ihrer Athmungswerkzeuge diesem Bedürfniss nicht Genüge leisten können, so wird z. B. bei Schwindsüchtigen die Athmungsbeklemmung durch Furcht, Betrübniss, Schrecken vermehrt. Bei einem angestrengten Denken, beim Nachsinnen, beim Rechnen ist das Athmen schwach. Menschen, die viel nachsinnen, sind schlechte Athmer, und zu Gefühlen sinnender Art finden wir Lungensüchtige und Melancholiker mit schlechten Athmungswerkzeugen geeignet. Athmen und Bewusstsein sind isochronisch und letzteres schwindet jederzeit, wenn ersteres gehemmt ist. Auch bei den Thieren, besonders wenn wir einen Vergleich machen zwischen Luft- und Wasserthieren, ergiebt sich eine deutlich bemerkbare psychische Bedeutung der Respiration. Während z. B. das Insect bei seinen ausgebreiteten Athmungsorganen und seinem freien, unmittelbaren Verkehr mit der Luft schon Zorn und Liebe äussert, zeigt der Fisch, auf welchen die Luft nur mittelst des Wassers wirkt, kaum eine Spur von Gemüthsbewegung. Das Insect, sagt Carus, indem es fast durch und durch Luftorgan wird, tritt zuerst ein in den Luftkreis und alle Eigenschaften der Luft, Beweglichkeit, Farbenreiz, Licht, Klang und Kraft theilen sich dem Seelenleben des Insectes mit; kein Thier übertrifft daher verhältnissmässig das Insect an Kraft, Muth, an Raschheit, Schlauheit und Beweglichkeit.«

Bei einer solchen Wechselbeziehung zwischen dem Respirationsgeschäft und dem psychischen Leben hält es Friedreich für selbstverständlich, dass aus Abnormitäten im Respirationssysteme psychische Krankheiten sich entwickeln können. Doch glaubt Fr., dass dies nur mittelbar durch ein quantitativ und qualitativ abnormes Verhältniss des Blutes zum Gehirn, durch vermehrten oder verminderten Andrang

des Blutes zu demselben, durch zu grosse Venosität geschehen könne.

Dass nicht selten, wenn sich mit einer Phthise eine Geisteskrankheit verbindet, letztere die Entwicklung der erstern hindert, oder sie gänzlich unterdrückt, sucht Fr. mit den oben angegebenen Fällen von Mead und Schmittmann zu beweisen.

Bisher hatte man zwar allgemein die Häufigkeit der Tuberculose in Irrenanstalten zugegeben; aber Niemand sich die Mühe genommen, genau zu untersuchen, ob die Tuberculose bei den Irren wirklich häufiger ist, als bei der Gesammtbevölkerung. Es ist das Verdienst Hagen's, zuerst eingehendere statistische Untersuchungen über diese Frage angestellt zu haben in seiner Arbeit über Lungenschwindsucht und psychische Krankheit. Wenn er auch später in gewisser Beziehung zu andern Schlussfolgerungen kommt, so lohnt es sich doch der Mühe, seinen Erörterungen zu folgen. Jedenfalls hat er mit dieser Arbeit die richtige Grundlage für weitere Unternehmungen dieser schwierigen Frage gegeben.

Hagen[11]) stellt sich, wie gesagt, zuerst die Frage, ob die Phthise in Irrenhäusern wirklich häufiger ist, als bei der Gesammtbevölkerung. — Aus den Untersuchungen Kaspers und Godelurs wusste er, dass im Allgemeinen auf 5.8 Todesfälle 1 auf Rechnung der Phthise kommt, während Esquirol einen Drittel seiner Melancholiker an Phthise verlor und nach Burrow 50 % der Todesfälle in der Salpetrière dieser Krankheit zufielen. Doch zweifelt H. an der Richtigkeit dieser Angaben, die sich nicht auf Sectionen stützen und von Thore[12]) als falsch und übertrieben erklärt worden sind.

Aus den Griesinger'schen Zusammenstellungen dagegen ergab sich, dass im Durchschnitt 25 % aller Todesfälle bei Irren auf Phthise beruhen (1:4), scheinbar also mehr

11) Lungenschwindsucht und psychische Krankheit (Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 7. 1850).

12) Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 2.

denn bei der Gesammtbevölkerung (1:5.8). Hagen wies jedoch mit Recht darauf hin, dass, da bei Kindern sowohl Phthise als Psychosen selten sind, alle Fälle unter 14 Jahren, d. i. $^1/_3$ aller Gesammttodesfälle, abzuziehen sind, wodurch das Verhältniss der Phthisistodesfälle zur Gesammtzahl der Todesfälle von 1:5.8 auf 1:4 steigt.

Phthisis ist somit bei Irren nicht häufiger, denn bei der Gesammtbevölkerung. Zum selben Ergebniss kam Dittrich mit seinen Untersuchungen der Prager Mortalität.

Die zweite Frage, die sich H. stellte, ob Phthisis nicht doch in Causalnexus mit den Psychosen stehe, also mehr denn eine blosse Complication sei, beantwortet er verneinend.

Nirgends findet er einen Beweis, dass ein Kranker keine Tuberculose bekommen hätte, wenn er nicht irre gewesen wäre. Nicht einmal Beschleunigung der Phthise durch das Irresein konnte er beobachten; im Gegentheil schien ihm, als ob die Phthise durch den Irrsinn angehalten werden könne.

Umgekehrt glaubt H. auch nicht, dass das Irresein häufig durch Tuberculose erzeugt werde — die oft kurz vor dem Tode an Phthise auftretenden Delirien gehören nicht hieher. Tuberculose kommt bei allen Irreseinsformen vor und H. ist nicht im Stande, eine besondere Irreseinsform ex tuberculosi aufzustellen, wie z. B. Jacobi es thut.

H. hält das Zusammentreffen beider Krankheiten in der grossen Mehrzahl der Fälle für ein zufälliges, eine blosse Complication; eine ursächliche Beziehung der Tuberculose zur Psychose ist in nur wenig Fällen anzunehmen.

Dagegen läugnet H. nicht, dass die Tuberculose, ohne eigentlich das Hirn in krankhaften Zustand zu versetzen, dennoch eine erhöhte Gemüthsreizbarkeit hervorrufen kann, die sich nach Naturell, Gemüthsart, Temperament des Einzelnen verschieden, bald so, bald so gestaltet, die

aber bei vorhandener Disposition den Ausbruch einer psychischen Krankheit erleichtert, indem sie das Gehirn für psychische, besonders gemüthliche Reize empfänglicher macht.

Bekannt ist der leichte Sinn der Phthisiker, besonders gegen das Ende der Krankheit, ihr Plänemachen. Aber ähnliche Gemüthsbeschaffenheit kommt nicht bloss in diesem Stadium vor, sondern oft noch viel früher, Jahre lang vor dem Tode. Patienten dieser Art halten ihre eigenen Ideen gerne hoch, sehen in allen ihren Unternehmungen eine grosse Wichtigkeit und machen sich sanguinische Hoffnungen davon. Diese Gemüthsbeschaffenheit ist keineswegs die einzige der Phthisiker.

Viele derselben sind auch kleinmüthig, besonders auch bei acuter Tuberculose, verzagt, leicht in Schrecken zu jagen. Andere sind sehr ängstlicher Natur, heftig, können sich über alles heftig ereifern, werden leicht animos.

Die weitere Frage, ob die reizbare Stimmung bei Tuberculose durch die Lungentuberculose oder die Lungentuberculose resp. ob dieselbe durch die Dyskrasie oder die Localerkrankung eher verursacht werde, lässt H. unentschieden. Doch macht er darauf aufmerksam, dass bei andern Dyskrasien nichts constantes anormales in der Gemüthsbeschaffenheit getroffen werde. Die Tuberceldyskrasie könnte durch specifische Blutmischung auf die Psyche wirken.

Sebastian spricht sogar die Ansicht aus, dass die Psychose weniger die Folge der Lungenphthise sei, denn die Wirkung derselben Dyskrasie, welche, auf die Lungen deponirt, Lungenphthise verursacht, da in vielen Fällen, bei welchen man die Psychose von der Tuberculose ableiten wollte, erhebliche Anlage zu Geisteskrankheit bestand.

Die von manchen Autoren behauptete Beschränkung, ja Ausschliessung der Tuberculose durch Irresein und umgekehrt wird von Hagen sehr in Zweifel gezogen. Es giebt nach ihm keine Beispiele völliger Aufhebung

der Tuberculose durch Irresein. Bei Friedreichs Fall ist die Tuberculose nicht sicher nachgewiesen. Höchstens sah H. eine Beschränkung oder Verlangsamung der Phthise durch das Irresein, die aber selbst meist nur eine scheinbare war, indem eben nur die Symptome, das Fieber, der Husten und Auswurf etc. nachliessen mit dem Auftreten der Geistesstörung, der tuberculöse Process indess ungestört weiter schritt. Dieses Fehlen der Symptome wird öfters bei Irren beobachtet als man glaubt.

In 9 tuberculösen Fällen war nur einer, bei dem die Diagnose schon ein Jahr vor dem Tode gelang, bei 2 Fällen traten erst mehrere Monate vor dem Tod so gelinde Symptome auf, dass man nicht im entferntesten auf die grossen Zerstörungen in den Lungen schliessen konnte, welche die Section später nachwies.

In 4 Fällen fehlten die Symptome ganz, lange Zeit selbst die Abmagerung, so dass nur die Auscultation die Phthise erkannte.

2 Fälle boten nicht einmal genügenden Verdacht, sodass die Untersuchung auf Phthise unterblieb; einer der letzteren, seit 3 Jahren verrückt, war seit anderthalb Jahr in der Anstalt. Währenddem war er nie krank, hustete nie, arbeitete stets, war wohlbeleibt, sah blühend aus. Wenige Tage vor dem Tode bekam er etwas Asthma, legte sich zu Bett, stand aber bald wieder auf und starb plötzlich asphyktisch.

Die Section zeigte weit verbreitete Tuberculose beider Lungen und in einer eine Caverne.

Guislain[13]) schreibt den äusseren Einflüssen, der schlechten Luft, in der die Irren leben, ihrem Schreien, ihrer Gefrässigkeit, dem unzulänglichen Nahrungsregime, den häufigen Samenergiessungen, selbst den Douchen Einfluss auf die Entstehung von Lungenleiden bei Irren zu. Auch

13) Klinische Vorträge über Geisteskrankheit, übersetzt von Lähr. 1854. S. 215.

er bestätigt den häufigen Nachweis der Tuberculose nach dem Tode, wo sie intra vitam nicht geahnt wurde. Oefters schien ihm die Psychose in directer Beziehung zur Tuberculose zu stehen, zuweilen mit Meningeal, ja selbst Hirntuberculose.

Bericht der Irrenanstalt zu Wien aus den Jahren 1853—1856:

1853 starben von 171
an Tuberculose . . . . 64 = 31.5 %
es hatten obsolete Tuberculose 13.

Am häufigsten kam die Tuberculose vor bei den primären Formen; vielleicht konnten die anhaltenden Gemüthsaffecte, besonders die deprimirenden als Quelle der Tuberculose angesehen werden.

Im Jahr 1854 starben von 203
an Tuberculose . . . . 64 = 31.5 %
es hatten obsolete Tuberculose 20;
wieder war die verbreitetste der Erkrankungen die Tuberculose.

1855 starben von 288
an Tuberculose . . . . 88 = 30.5 %
es hatten obsolete Tuberculose 15.

Die Zusammenstellungen der Jahre 1847—1856 ergab dann, dass von

1563 Todesfällen kamen
auf Abzehrung . . 275
auf Lungen-Tuberculose 199.

Was die Formen der Psychosen anlangt, so vertheilen sich dieselben folgendermassen:

			1853		1854	
			Tub.	Obsol.	Tub.	Obsol.
	Exalt. Formen	Tobsucht	6	2	5	5
		Delir. trem.	4	1	2	—
		Wahnsinn	8	1	7	3
	Depress. Form.	Trübsinn	8	2	13	2
Schwächezustände	Allg. Verrücktheit	mit Exaltat.	16	2	—	—
		einfach			4	—
	Paral. Blödsinn	m. Exalt.	8	1	5	3
		einfach			4	1
		m. Depress.			1	—
	Sec. Blödsinn	m. Exalt.	11	2	9	—
		einfach			10	4
		m. Depress.			—	1
	Angeborener Blödsinn		—	1	2	—
	Epilepsie	exalt. Form.	3	1	—	—
		Schwächefm.			2	2
			61	13	64	20

Geregeltes Anstaltsleben von längerer Dauer ist gewiss nicht der Hauptfactor zur Erklärung der zahlreichen Tuberculosen bei Irren.

Die Tuberculose bewirkt, nach den im Wiener Asyl gemachten Erfahrungen, auf doppelte Weise Psychosen, entweder durch die Krase selbst, ohne Produktablagerung in den Schädelorganen, oder durch die Localisirung des Tubercelprocesses im Gehirn und den Häuten.

I. Psychose durch Krase ohne Tubercelablagerung:

Es werden hierhergehörige Fälle mitgetheilt, die interessant genug sind, um hier wiedergegeben zu werden:

1. Fall. — 34jähriger, geistesschwacher Binder wurde maniakalisch. Bei der Aufnahme sehr heftige Congestionen gegen den Kopf, mit sehr starker Gefässaufregung; auch der äussere Habitus liess Verdacht auf Tuberculose entstehen, doch keine Symptome von T. sonst nachweisbar. Erst nach vier Monaten konnte man Ablagerungen in den Lungenspitzen nachweisen, allein mit diesem Momente hörten die manischen Ausbrüche ungeachtet der fortdauernden Gefässaufregung und des Steigens der Hyperämie gegen die Schädelorgane auf und blieben bis zum Tode aus.

Section. — (7 Monate nach Ausbruch) Blutreichthum der Schädelorgane. Mässiges Gehirnödem. Sehr ausgebreitete Tuberculose der Lungen, des Kehlkopfs und Darms.

2. Fall. — 34jähriger Techniker. Seit 10 Monaten melancholisch mit vorwiegend religiösen Wahnideen, welche Störung 2 Monate vor dem Tode verschwand, nachdem der Kranke von einer tuberculösen Pleuritis ergriffen wurde. Das theils flüssige, theils feste tuberc. Exsudat füllte den rechten Thorax ganz, den linken zur Hälfte und in dem comprimirten Lungengewebe sassen nur wenige frische Tubercelablagerungen.

3. Fall. — 26jähriger Beamter wegen Tobsucht gebracht, wobei Zeichen der Hirnreizung von den Erscheinungen der Enkephalosymphorese begleitet waren. Wenige Tage nach der Aufnahme liess eine Dämpfung in der linken Lungenspitze bei gleichzeitiger Berücksichtigung der übrigen Symptome keinen Zweifel an der beginnenden Tuberculose; mit der zunehmenden Ablagerung aber liessen die Tobsuchtanfälle nach und kamen durch zwei Monate bis zum Tode nicht mehr, ungeachtet der hochgradigsten Congestionen zum Kopfe.

Section: Blutreichthum der Schädelorgane, kaum merkbare Trübungen, geringes Hirnödem. Sehr ausgebreitete Tuberculose in beiden Lungen und im Darmcanal fast in allen Metamorphosen.

4. Fall. — Derselbe Befund bei 22jährigem Schneider, der mit Guislain'scher Phrenopathie kam. Aeusserer Habitus tuberculös, doch nur Vermuthungsdiagnose. Vier Monate später, als wesentliche Besserung in seinem psychischen Befinden erfolgte, war die Phthise physikalisch nachweisbar. Während des Fortschreitens der Tuberculose bis zum Tode (8 Monate) wurde keine Spur von Phrenopathie beobachtet, trotz der hochgradigsten Hyperämien des Hirns.

5. Fall. — 18jähriger Kürschner, sehr gesund, wurde nach Gemüthsaffect maniacalisch in Form von Dämonomanie, die später für einige Wochen in Maniemetamorphosis übergieng, wobei er den höllischen Hund mit Geschrei und Gesticulation nachmachte. Nur im Beginn mässige Congestion gegen den Kopf, Geräusch über

der Aorta und beschleunigte Blutbewegung, im weiteren Verlauf aber keine somatische Störungen nachweisbar, vier Monate darauf Pneumorrhagia, und es liess sich die beginnende Tuberculose in den Spitzen nachweisen; mit derselben trat zusehends die Besserung in seiner Geisteskrankheit auf. Die Tuberculose wurde sistirt.

II. Fälle mit Ablagerungen.

1. Fall. — 20jähriger Schuster, Maniacus mit Zeichen der Meningitis. Binnen 10 Tagen 7 Anfälle allgemeiner Convulsionen mit Bewusstlosigkeit, die in Contracturen der Extremitäten besonders auch der gegen Druck empfindlichen Nackenmuskeln übergiengen. Der Opisthotonus dauerte oft mehrere Stunden. All dies verlor sich, sodass Patient zwei Monate darauf, da sich die Lungen-Tuberculose bereits zu entwickeln begann, vollständig frei von jeder geistigen Störung war, sich körperlich zu erholen begann und bereits fleissig arbeitete.

Doch bald breitete sich die Tuberculose in beiden Lungen aus; dabei wurde geistig keine Abnormität bemerkt, bis drei Tage vor seinem Tode; es kamen zu den höchst entwickelten Symptomen der Tuberculose der Lungen unter hochgradigen Congestionserscheinungen gegen den Kopf Delirien hinzu, die in sopor und Tod übergiengen.

Section. — Meningealtuberculose mit älterem Exsudat auf der Schädelbasis, mit ganz frischen Granulationen in der Fossa sylvii, ausgebreitete tuberculöse Infiltration in beiden Lungen.

In all den Fällen der ersten Kategorie verschwand die Geistesstörung, nachdem die Localisirung des ersten Processes in den Lungen stattgefunden hatte und kam, ungeachtet die Kranken den hochgradigsten Congestionen gegen den Kopf und nicht selten den heftigsten Gemüthsaffecten ausgesetzt waren, nicht wieder bis zum Tode.

Verf. schliesst daraus, dass die Schuld der Erkrankung in diesen Fällen nicht an dem mechanischen Einfluss der Hyperämie und Stase liegen kann, sondern an der Dyskrasie selbst und vergleicht deren Wirkung dem chemischen Einfluss des Alcohols auf die Hirnsubstanz.

Im letzten Fall dagegen beruht die Geisteskrankheit in erster Linie auf materiellen Veränderungen in den Schädelorganen durch Tuberkulose bedingt. Als sich die Dyskrasie in den Meningen localisirte, kam die Manie, als aber später der Ort der Ablagerung wechselte, hörte die Psychose auf.

Zwar erwachte kurz vor dem Tode die Meningitis wieder, ohne dass es zur Psychose kam, weil, wie Verf. annimmt, das geistige Ich zur Exaltation zu schwach war.

In einem Fall konnte der Dyskrasie keinerlei Wirkung zugesprochen werden:

1 Fall: 45j. Fabrikarbeiter, der durch 8 Monate bis zum Tode an Tobsucht litt und unter Erscheinungen der Lungentuberculose starb, zeigte bei der Section neben ausgebreiteter tuberkuloser Infiltration beider Lungen, Hydrocephalie mit secundärer Erweichung der Ventricelwände, 2 Linien tief in die Substanz hinein.

Verf. sieht die Tuberkulose in dieser letztern ungleich häufigeren Form nur als Begleiter oder selbst als Folge der vorhandenen Psychose an, aber nicht als Ursache, und hält dann ihre Wirkungsweise auf das Seelenleben für so wesentlich von den früher geschilderten Arten verschieden, dass eine Trennung in jeder Beziehung nothwendig ist.

Neumann[14]) kommt wesentlich zu denselben Ergebnissen wie Jacobi, indem auch er annimmt, dass der Lungentuberculose eine bestimmte psychische Erkrankung entspricht. Er sagt:

»Keineswegs findet man die Erregtheit und den Leichtsinn, der als ein so merkwürdiger Contrast den geistesgesunden Phthisiker bis an sein Ende begleitet. Vielmehr ist von Anfang an eine gewisse Depression, Einkehr in sich selbst bemerklich, bei welcher die Gedanken des Kranken sich nur um seine leidende Persönlichkeit drehen. Hiemit verbindet sich eine ganz ausserordentliche gemüthliche Reizbarkeit, durch welche der Kranke in einem fast continuirlichen Zustande von Unzufriedenheit mit seiner Umgebung erhalten wird. So entwickelt sich mürrisches Wesen, welchem der Kranke freien Lauf lässt und welches sich durch kurze höhnische, malitiöse Antworten, durch

14) Lehrbuch der Psychiatrie. 1859. S. 162.

Schimpfen und nicht selten auch durch ordentliche Wuthausbrüche Luft macht. — Bei der Abnahme der Körperkräfte kann gegen den Schluss eine mildere Stimmung eintreten; zuweilen aber dauert jenes heftige Gebahren bis zur letzten Stunde des Kranken.«

Flemming[15]) macht aufmerksam auf das Widersprechende vieler Thatsachen. Während es nur selten vorkommt, dass an die oft äusserst qualvollen Angstgefühle, welche mit den verschiedenen Lungenstörungen verbunden sind, sich länger dauernde Gefühlsverstimmungen anschliessen — wie sie so leicht aus den viel minder heftigen depressiven Gefühlszuständen hervorgehen, welche die Behinderung der abdominalen Circulation begleiten — gehen doch unverhältnissmässig viele Kranke, die lange an Geistesstörung litten, an Tuberculose zu Grunde. — Zweifellos aber kann die Tuberculose zur Ursache von Psychosen werden. Oft sieht man Manien oder Melancholien sich bei nachweislicher tuberculöser Lungeninfiltration entwickeln und mit Besserung des Lungenleidens abnehmen, ja ganz verschwinden. Zuweilen bricht im dritten Stadium der Phthise plötzlich ohne merkliche Vorboten ein heftiger Irrsinn aus, der sich rasch zu einem gewissen Grad von Tobsucht steigern kann. Der Kranke verliert die Empfindung seines leidenden Zustandes und meint sich wohl zu fühlen; er verkennt seine äusseren Verhältnisse und beurtheilt sie völlig unrichtig, Widerspruch befremdet und entrüstet ihn und nur seine physische Schwäche verhindert, dass die Ausbrüche seines Zornes in Thätlichkeiten übergehen. Dieser Geisteszustand ist aber weder der Anämie und Schwäche, noch dem Fieber, noch einer besonderen Empfänglichkeit des Centralnervensystems zuzuschreiben, sondern hängt gewiss mit dem organischen Lungenleiden zusammen.

15) Pathologie und Therapie der Psychosen. 1859.

Ob der Mangel arterieller Umänderung des Blutes oder der Eintritt schädlicher Stoffe aus den zerstörten Lungen ins Blut die Ursache jener Hirnreizung ist, lässt Verfasser unentschieden.

Morel[16]) hat die verschiedenen Entwicklungsperioden der Lungenphthise psychische Störungen herbeiführen sehen, deren Charakter in Beziehung stand zu dem mehr oder weniger vorgeschrittenen Grade der Krankheit. Gewisse Bizzarrerien, Nervosität, vorübergehende Depressionen zu Beginn der Tuberculose werden oft übersehen. Erst in der letzten Periode ist es bei durch Blutungen etc. erschöpften Kranken häufig, dass ein Delirium ausbricht, oft von grösster Heftigkeit. M. bringt die Krankengeschichte einer 32jährigen Mutter von 8 Kindern, die mit einer leichten Melancholie und den Symptomen einer beginnenden Lungenphthise aufgenommen und nach 3 Monaten körperlich und geistig gebessert wieder entlassen wurde. Die Heiterkeit war mit dem Wiedererscheinen der Kräfte zurückgekehrt. 9 Monate später Wiederaufnahme in verzweifeltem Zustande. In der Lunge fand sich eine Caverne und statt der milden ruhigen Melancholie die wildeste Aufregung ohne Vorwiegen eines bestimmten Delirs. Sie lebte noch 3 Monate in diesem Zustande; wohl traten einige Remissionsmomente ein, doch folgte auf jede Hämoptoë ein allgemeines Delirium mit ausserordentlicher Aufregung. Morel sagt:

»Je vois, que si la melancolie est la compagne à peu-près inséparable de la tuberculisation commençante, l'exaurbation maniaque caractérise ordinairement les dernières phases de l'existence chez les aliénés phthisiques.«

Morel glaubt diese Erscheinungen durch die in Folge der Respirationserschwerung gestörte Circulation und Er-

16) Traité des maladies mentales. 1860. Phtisis. p. 163

nährung des Hirns erklären zu können, in andern Fällen durch eine Meningealtuberculose.

Jedenfalls übt aber auch die Personalität des Individuums, sein Temperament einen Einfluss auf die psychische Störung aus. — So sah Morel die Traurigkeit und Morosität, die man bei Phthise zu Beginn des Leidens findet, sich bis in die letzte Periode fortsetzen unter der sehr unangenehmen Form der Gefühlsstörung.

Griesinger.[17]) — Tuberculöse Processe in der Schädelhöhle führen nicht selten (nicht leicht ohne gleichzeitige motorische Störungen) zu psychischen Störungen, selbst tuberculöse Basilarmeningitis protrahirten Verlaufs. Solche Fälle enden meist rasch tödtlich.[18]) — Gewöhnlich ist das Verhältniss von Tuberculose und Irresein anders. Das Irresein stellt sich unter seinen gewöhnlichen chronischen Formen dar. Zuweilen bilden sich psychische Störungen bei Beginn oder dem ersten Stadium der Tuberculose aus, die dann oft nicht erkannt wird. In manchen Fällen bilden sich unter Kopfcongestionen Schwermuth oder Tobsucht aus bei Individuen, die noch keine besondere Symptome von Phthise zeigen, aber nach kurzem Bestand der Geistesstörung deutliche Tuberculose erkennen lassen und bei denen nun die Stimmung klarer, freier wird, die Kranken geistig sich bessern oder gar genesen. Meist nimmt dann bei diesen geistig Genesenen die Tuberculose einen um so rascheren Verlauf; doch kommen auch Heilungen derselben vor.[19])

Die frühern Erklärungen aus der Krase sind mit Recht verlassen worden. Das Irresein kann auch erst in einer späteren Periode der ausgebildeten Phthise ausbrechen

17) Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 2. Aufl. 1861. S. 197.

18) Vgl. Zeitschr. f. Psychiatr. 1858. Bd. 15. S. 713.

19) Vgl. Wiener Berichte. 1858. S. 55

als Schwermuth, öfter in Form von maniacalischen Paroxysmen; dieselben gehen auch zuweilen erst kurz dem Tode vorher. In solchen mehr chronischen Fällen können mit dem Ausbruch der Psychose die Hauptsymptome der Phthise, Husten, Auswurf etc. nachlassen, die Ernährung kann sich wieder heben. G. kann nicht bestätigen, dass dem Irrsinn mit Tuberculose ein eigenthümlicher Charakter zukommt, wie es Jacobi und Neumann angeben. Das oben geschilderte chronische Irresein ohne palpable Hirnveränderung bringt G. mit der constitutionellen Allgemeinerkrankung, die eine grössere nervöse Reizbarkeit bei Disponirten setzt, oder mit Kreislaufsveränderungen in der Schädelhöhle in Zusammenhang.

Er giebt sodann eine schon vor der Arbeit Hagens veröffentlichte Zusammenstellung der Angaben verschiedener Autoren über das Verhältniss der Zahl der Phthisistodesfälle bei Irren zur Gesammtzahl der Todesfälle bei Irren:

Esquirol fand bei 1/3 seiner Melancholischen Phthise.
Calmeil » » 2/5 aller Sectionen Tuberculose.
Webster » » 1/4 » » »
Pinel » » 1/6 » » »
in Wien fand man 1/3 » » »
» Prag » Fischel 2/5 von 602 Sect. » in 37
» Eberbach 1/5.
» Codlitz 5/11.
» Palermo fast 1/4 bei 192 Sect. in 137 (Pignocco).
» Hamwell nicht ganz 1/5.
» Bedlam 1/5.
» Bicêtre selten (Thore).

Das von Hagen daraus abgeleitete Verhältniss ist: 1 Phthisiker auf 4 Irrenleichen; G. giebt zu, dass dies das gleiche Verhältniss ist für die Geistesgesunden in den grossen Städten, aber ein grösseres als auf dem Land, und nimmt daher eine grössere Disposition der Irrenanstaltsbewohner für Phthise an. Jedenfalls ist ihm die Phthise ein wesentliches pathogenetisches Moment.

Die Tuberculose entwickelt sich besonders in den primären Formen, deren Verlauf dann manches abweichende vom gewöhnlichen zeigt, namentlich einen auffallenden Wechsel in der Intensität der Lungen und Hirnsymptome, sodass mit der scheinbaren Besserung auf der einen Seite eine Verschlimmerung auf der andern zusammenfällt. Doch ist dieser Wechsel inconstant und gewöhnlich nur scheinbar, und die subjectiven Störungen des Lungenleidens treten bei tieferer psychischer Störung nach dadurch ganz abgewandter Aufmerksamkeit völlig zurück, während der Process, wie die objectiven physic. Zeichen beweisen, seine Zerstörungen ausdehnt.

Auch die Angabe, dass das Delirium der tuberculösen Irren etwas specifisches habe, bestreitet Gr. S. 198.

Dagonet.[20]) — Die Lungenphthise wird bei Irren oft übersehen, besonders zu ihrem Beginn, da die Hauptsymptome fehlen können. — Auf 428 Todesfälle fand D. 109 Lungenphthise.

49 Männer,

60 Frauen,

was ungefähr 1/4 der Gesammttodesfälle ausmacht, also beinahe das doppelte Verhältniss, als es bei der Gesammtbevölkerung getroffen wird.

Gewisse Formen, besonders die Lypémanie, disponiren besonders zu Phthisis; ebenso trägt die oft nöthige Isolirung das ihrige bei. Die grössere Häufigkeit der Phthise bei Frauen erklärt sich aus der mehr sitzenden, an das Zimmer gebundenen Lebensweise derselben.

D. sah nie einen günstigen Einfluss von der Tuberculose auf die Geisteskrankheit ausgeübt werden; im Gegentheil verschlimmerten sich die Zustände der Irren meistentheils mit dem Fortschreiten der Tuberculose.

20) Traité des maladies mentales. 1862. p. 132

Schröder von der Kolk.[21]) — Lungenphthise und Psychosen stehen in genauerer Verbindung mit einander. In der nämlichen Familie leiden oft einige Glieder an Melancholie oder Manie, andere dagegen an Phthise. Auch das Alterniren von Phthise und Irresein beobachtete S. v. K. öfters; meist bricht dann die Phthise, wenn die Kranken von der Psychose genesen sind, mit erneuter Kraft hervor. Doch bestehen auch beide Krankheiten nebeneinander, wobei aber gewöhnlich die phthis. Symptome, Husten, Auswurf, Fieber weniger hervortreten. Verf. theilt mehrere Fälle mit, wo die Psychose mit oder kurz vor der Entwicklung der Tuberculose zur Genesung kam.

Ueber das Alterniren von Phthise und Psychosen äussert sich Sch. folgendermassen: »Mehr denn einmal habe ich die Beobachtung gemacht, dass eine weit vorgeschrittene Lungenphthise, die rasch zum Tod führen zu wollen schien, ganz unvermuthet stillstand, so dass alle phthisischen Erscheinungen, der Husten, das hektische Fieber u. s. w., in kurzer Zeit aufhörten, dafür aber eine Manie oder Melancholie auftrat, wobei die Kranken, die eben erst wegen des heftigen Hustens kaum sprechen konnten, frei und tief athmeten, ohne Husten anhaltend sprachen, ja selbst schrien. Verschwand dann die Manie, so kam die Phthise wieder zum Vorschein und führte wohl zum Tode.

Häufig sah man den Husten und das Irresein mehrmals alterniren.«

Verf. sucht dieses Alterniren zu erklären durch eine wechselnde Empfindlichkeit der Vagi und der Medulla oblong., indem er den Husten und vielleicht auch die Phthise als Folge einer Affection der Medulla oblong. und der Vagi auffasst.

Nicht immer alterniren die zwei Leiden. Verf. sah Melancholie und gallopirende Schwindsucht nebeneinander mit raschem tödtlichen Ausgang.

21) Die Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten. 1863. S. 205

Doch ist Heilung von beiden Leiden möglich und vom Verf. öfters beobachtet.

Es schien dem Verf., als ob Manien und Melancholien, die mit Tuberculose einhergehen, stärker aufgeregt seien.

Wörkmann.[22]) — Von allen krankhaften Complicationen der unheilbaren Psychosen ist keine verbreiteter und schlimmer als die Phthisis. — Sicher starben mehr denn 1/3 aller Irren an Phthise. — Ohne Autopsie entgeht die Tuberculose sehr leicht der Beachtung; W. hatte in Toronto nie weniger als 33 %, letztes Jahr 50 % Tuberculöse.

»Diese Kranken zeigen nicht die Symptome, die wir bei andern Phthisikern finden; sie husten, expectoriren nicht, beklagen sich nicht, sie haben keine Exacerbation des Fiebers, keine Nachtschweisse oder Diarrhöen und Lungenblutungen. Es mangelten jene überspannten Hoffnungen, jene glänzenden Augen und hektischen Wangen, Vorboten eines sicheren Todes. Ihre Athmung scheint weder behindert noch schwierig, ausgenommen vielleicht einige Stunden vor dem Tode. Viele erreichen keinen hohen Grad von Abmagerung, sie erlöschen allmählich und das Leben verlässt sie beinahe unvermerkt.« So war es in 18 von 21 Fällen Wörkmann's; ohne Autopsie hätte er vielleicht ganz unrichtige Todesursachen angegeben.

W. berichtet von 3 Fällen, die 7—17 Jahre in der Anstalt gewesen waren, darunter 2 Epileptiker, wo er zweimal gar nicht, einmal erst ganz kurz vor dem Tode die vorhandene Phthise erkannt hatte.

Er glaubt, dass die latente Phthise in den Asylen meist von der Aufnahme her oder von Beginn der Psychose an datire und dass das Anstaltsleben viel eher die Lebensdauer verlängere als verkürze.

22) De la phthisie latente chez les aliénés, lu dans la réunion annuelle de l'association des médecins directeurs des asyls de l'Amérique (10. VI. 62), traduit par Dumesnil. Annal. med. psych. 1864. p. 113.

Clouston: Tuberculosis and Insanity (Read before the Medical and Chirurgical Society of Edinburgh. 11. II. 1863.

Wir kommen nun zur weitaus bedeutendsten und erschöpfendsten Arbeit des englischen Autors.

Clouston stellt zuerst eine Anzahl Angaben über die Häufigkeit der Phthise bei Irren zusammen, wobei er bemerkt, dass da, wo sich die Diagnose auf Sectionen stützt, auch grössere Procentverhältnisse heraus kommen, z. B. in New-York und Toronto.

Es wurde Phthise constatirt:

	Männer. %	Weiber. %	Total %
Königl. Edinburgh. Asyl, seit 1842—1861	23	36	29
Hanwell Asyl (Hitchman) . . .	—	20	20
Morrison's 1428 Fälle	—	—	11.5
Engl. Grafschaftsasyle d. letzten 3 Jahre	13	18.6	15.5
Schottische öffentl. Asyle seit 1858 .	25	32	26.7
8 amerikanische Asyle (Workman) .	—	—	27
Salpetrière (Georget)	—	—	50
Bethlem Hospital von 1846–60 (Hood)	11.7	18.3	15.3

Alle Autoren, ausgenommen Gurds, bestätigen die grosse Häufigkeit der Phthise bei Irren.

Clouston untersuchte nun sämmtliche von 1851 an im Edinburger Asyl mit Tode geendigten und zur Section unter Skae's Leitung gekommenen Fälle und gründet auf diese Untersuchungen die folgenden Sätze.

Er fand bei

263 Männern 136 Tuberculose = 51.7 %
200 Frauen 146 » = 73 %
463 Fällen 282 » = 60.9 %

Die Vertheilung der tuberculösen Deposita in den Lungen zeigt er in folgender Tabelle:

	Männer.	Weiber.	Total
Gesammtzahl der tuberc. Fälle . .	136	146	282
Lungen	133	144	277
- viel Deposita	108	105	213
- wenig -	25	39	64
Deposita in der r. Lunge . . .	115	130	245
- - l. -	124	131	255
Peritoneum	9	18	27
Nervencentra	6	2	8
Andere Organe (d. Eingeweide ausgeschl.)	13	9	22

Diese bedeutende Zahl tuberculöser Deposita bei Irren scheint überraschend, doch stimmt sie mit den Angaben Fischers über die zu Prag von Engel gemachten Sectionen; letzterer fand:

Gesammtzahl der geprüften Fälle	314
Lungentuberculose	151
Davon Tuberculose veraltet	62
Rechte Lunge	143
Linke Lunge	119
Peritoneum	10
Bauchorgane	6
Nervöse Centra	2

also fast 50 % davon hatten Lungentuberculose.

Während somit nach Cl. 50—60 % der Irren tuberculöse Deposita aufweisen, fand Chambers unter 2161 Leichen Geistesgesunder des St. Georg's Hospital nur in 550 tuberculöse Deposita, also nur in 25.4 % der Fälle. Nur 189 der 282 an Tuberculose Gestorbenen waren intra vitam als tuberculös erkannt worden.

Cl. kommt somit zu folgenden drei ersten Sätzen:

1) Die Lungentuberculose ist viel häufiger eine (intra vitam) erkannte Todesursache bei Irren, als bei der Gesammtbevölkerung.

2) Tuberculöse Ablagerungen sind ungefähr zweimal häufiger in den Körpern geisteskrank Gestorbener, als in denen der Geistesgesunden.

3) Lungenphthise ist nur in ungefähr der Hälfte der Fälle die angegebene (intra vitam diagnosticirte) Todesursache, bei denen nach dem Tode Tuberculose gefunden wurde.

Die genaue anatomische Untersuchung ergab ferner:

4) Das Gehirn ist in den Fällen von Tuberculose nicht so häufig in einer erkennbaren Weise erkrankt, als es bei den Irren der Fall ist, die an andern Krankheiten sterben. In der Mehrzahl der Fälle ist das Gehirn blass, anämisch, unregelmässig vascularisirt, mit einer Neigung zur Erweichung der weissen Substanz des Fornix und seiner Nachbarschaft und die graue Substanz von geringerem spezifischem Gewicht, als es in anderen Psychosen der Fall ist.

5) Tubercel werden nicht häufiger in den nervösen Centren der Irren als der Nicht-Irren gefunden. Wenn man sie trifft, geben sie zu keinem Symptom Anlass in allen oder der Mehrzahl der Fälle und sind mit keiner bestimmten Form von Psychosen verknüpft.

6) Tuberculose des Peritoneums ist nicht häufiger unter den tuberculösen Irren, als unter den tuberculösen Nicht-Irren. Bei den ersteren ist sie häufiger unter den tuberculösen Irren, als unter den tuberculösen Nicht-Irren. Bei den ersteren ist sie häufiger mit Melancholie und der Monomanie of suspicion vergesellschaftet, als gewöhnlich Lungentuberculose.

Weiter fand Cl.

7) Das Durchschnittsalter der Fälle mit Tuberculose ist beim Tode 3 Jahre unter dem Durchschnittsalter beim Tod unter den Irren im allgemeinen und das Durchschnittsalter aller derer, bei denen man viel tuberculöse Deposita fand, ist 5 Jahre unter dem allgemeinen Durchschnittsalter der Irren.

8) Das Verhältniss der Tuberculosen, die früher Anfälle von Psychosen gehabt hatten, ist ungefähr dasselbe, wie unter den Irren im allgemeinen.

9) Hereditäre Prädisposition besteht in 7 % mehr in Fällen mit Tuberculose, als bei Psychosen im allgemeinen, in 28 % statt nur 19 %.

In 2 oder 3 Fällen bestand tuberculöse und neuropathische Disposition zugleich bei einem Individuum. 3 Glieder derselben Familie starben an Tuberculose im Asyl, nachdem die Psychose bei allen gleich lang gedauert hatte. 2 Schwestern traten mit derselben Form der Psychose 1 Jahr nacheinander ins Asyl ein, und beide starben an Phthise 1 Jahr nach ihrer Aufnahme.

28 % der Männer und 25 % der Weiber hatten nahe geisteskranke Verwandte, während sonst 19 % der Geisteskranken neuropathisch belastet waren.

Cl. stellt nun die Fragen:

Warum ist Tuberculose häufiger bei der Irrenhausbevölkerung als draussen?

Ist die Psychose eine prädisponirende Ursache der Tuberculose? oder

Begründen die Lebensverhältnisse in den Anstalten die Häufigkeit? oder

Prädisponirt die Tuberculose zur Geistestörung?

und sucht zu ergründen:

1) Den Einfluss der Tuberculose auf die Psychosen;

2) Den Einfluss der Psychose auf die Tuberculosen.

Bei der Betrachtung der Formen, welche die tuberculosen Irren bei der Aufnahme und beim Tod (die Form wechselt natürlich häufig) und derjenigen Formen, welche die nicht tuberculösen Irren boten, ergeben sich bedeutende Unterschiede, es waren nämlich von den 463 Irren:

	282 tuberc.	181 nicht tuberc.
	%	%
dement.	50	25
maniacal.	10	20
melanchol.	10	8.3
monomanic.	14.3	11.1
paralyt.	12.5	33
Monom. of susp.		

Diese Zusammenstellung ergiebt, dass Dementia doppelt so häufig bei tuberculösen Irren, nämlich in der Hälfte der Fälle, sich findet, als bei nicht tuberculösen; dass dagegen die Paralyse auffallend seltner ist bei ersteren als bei letzteren. — Am wichtigsten aber war die Entdeckung, dass alle Frauen, die an sog. Monomanie of suspicion litten, eine ausgenommen, und alle Männer, ausser 6, tuberculöse Deposita, aufwiesen. Er stellt daher den Satz auf:

10) Monomanie of suspicion ist die Form der Psychosen, bei der Tuberculose am häufigsten ist, und Paralysis generalis steht am Ende der Scala, welche die Häufigkeit der Tuberculose in den verschiedenen Formen der Psychosen angiebt. Die Manie kommt zunächst der Paralyse zu stehen und die Melancholie nach der Monomanie of suspicion. Die Tendenz zur Dementia endlich ist in allen Formen von Psychose grösser bei den Tuberculösen, als bei den nicht Tuberculösen. Eine grosse Zahl von Paralytikern und Maniacis stirbt nicht tuberculös; eine grosse Zahl von Melancholikern, Monomaniaques und Dementen bietet nach dem Tode Beweise von Tuberculose dar.

Die auffallende Seltenheit der Tuberculose bei Paralyse veranlasst Clouston, das Verhältniss beider eingehender zu studieren.

Von seinen 92 Paralytikern (84 Männer, 8 Frauen) waren 33 tuberculös (27 Männer, 6 Frauen); regelmässig begannen diese 33 Fälle mit Depression (ausgenommen 2 Männer, die nur wenig obsolete Tubercel hatten),

manche waren zu Beginn selbstmordsüchtig gewesen und hatten die Nahrung verweigert. — Bei andern war die Depression keine so tiefe gewesen. Es schien auch, als ob die Aufregung und der Grössenwahn, die bei manchen dieser Fälle auftraten, selten so extravagant waren, als sonst. Sehr selten fehlten Höhenwahn und Aufregung in allen Stadien und das betraf gerade Phthisiker.

Die Phthise war nicht die Wirkung von Nahrungsverweigerung oder gestörter Ernährung und machte meist nur ganz wenig Beschwerden oder wurde gar nicht erkannt, obschon sie in manchen Fällen schon vor der Paralyse bestand und auch vor dem Tod noch stationär gewesen war.

Die Latenz der Lungenphthise war mehr als bei irgend einer andern Geistesstörung auffallend, sowohl durch die Abwesenheit der gewöhnlichen Symptome wie Husten, Auswurf als durch das seltnere Auftreten von deutlicher Abmagerung und Fieberhaftigkeit. Doch gab es auch Ausnahmen von dieser Latenz (5 : 33). Die mittlere Lebensdauer der tuberculösen Paralytiker war 2½ Jahre, was sich der von Austin angegebenen mittleren Lebensdauer der gewöhnlichen Paralytiker nach Ausbruch der Psychose, 2 Jahre, so nähert, dass Clouston einen lebensverkürzenden Einfluss der Tuberculose auf die Paralytiker leugnet. Es raubt eben die intra-cranielle Veränderung, indem sie die Erregbarkeit der excito-motorischen Centren, aus denen die Fasern des Vagus stammen, herabsetzt, der Lungenveränderung mehr als die Hälfte ihrer erschöpfenden Wirkung. Husten, Schlaflosigkeit, Appetitmangel fehlen.

Die Mehrzahl der Fälle von Paralyse mit Tuberculose war charakterisirt durch grosse Intensität der Depression, oft von einem vagen unbestimmten Charakter, der Patient dabei stupid und confus, mit plötzlichen unerklärbaren Suicidiumstrieben und nicht immer mit Wahnvorstellungen irgend welcher Art.

Wahrscheinlich bestand in allen Fällen die Tuberculose oder wenigstens die Disposition dazu vor der Paralyse; die Hirnkrankheit pfropfte sich auf die Tuberculose kurze Zeit nach deren Auftreten, ihre Symptome verdeckend und ihren Wirkungen entgegen arbeitend, ohne jedoch den Fortschritt des localen Processes aufzuhalten.

11) In allen Fällen von allgemeiner Paralyse, die tuberculös waren, begann die Krankheit mit Depression.

Cl. sah gewisse Fälle, von denen er allein aus ihren geistigen Symptomen voraussagen konnte, dass sie wahrscheinlich an Phthise sterben würden. Diese Fälle gehören den verschiedensten Formen an, sie haben auch nicht ein Symptom gemeinsam und keine genau gezogene Grenzlinie trennt sie von den anderen Fällen; und dennoch machen sie den Eindruck einer natürlichen Gruppe. — Wenn sie anfangs acut sind — maniacalisch oder melancholisch — ist das acute Stadium von nur sehr kurzer Dauer und geht weder in chronischen Zustand noch in tiefe Dementia über, sondern in einen Zustand von Reizbarkeit, Aufregung, Verdriesslichkeit und Misstrauen. Es besteht ein Mangel an Beständigkeit in ihrem Geisteszustand. Der Verstand ist zu Beginn nicht so sehr verdunkelt, als vielmehr eine grosse Abneigung besteht, ihn zu gebrauchen. Vorübergehende und unberechenbare kleine Anfälle von Aufregung von kurzer Dauer und unprovocirte Paroxysmen von Jähzorn und Erregung in gemilderter Form. Dabei eine gewisse Abneigung, sich mit irgend welchen Vergnügungen oder regelmässiger Arbeit zu befassen, und, wenn diese Abneigung überwunden ist, fehlt doch noch das Interesse an der Arbeit, man könnte es ein Gemisch von sabacuter Manie und Dementia nennen, bald mehr dem Einen, bald mehr dem Andern gleichend.

Mit dem Fortschreiten des Falles nimmt die Dementia zu; aber selten kommt es zu völligem Blödsinn ohne Funken von Verstand, ohne Neigung zu Aufregung. Besteht eine Depression, so ist sie von Erregbarkeit und dem Mangel einer bestimmten deprimirenden Idee oder Wahnvorstellung begleitet. Wenn irgend etwas diese Fälle charakterisirt, so ist es die Neigung, misstrauisch zu sein. Clouston nennt sie

phthisische Manie.

Die Kranken werden nicht so leicht widerspenstig, als die Dementen; der Puls ist schwach und oft frequenter, es mangelt an Spannkraft im System. Dabei fehlt das Interesse für alles, was vorgeht. In vielen Fällen bilden Verdächte das Hauptsymptom. Wir sahen, dass fast alle Fälle von Monomanie of suspicion phthisisch waren. Die Psychose begann meist schleichend und verrieth sich durch eine Aenderung des Betragens und der Gemüthsverfassung, Unbeständigkeit, üble Laune, fortschreitende Abschwächung des Verstandes ohne grosse Aufregung oder Depression. Einige Fälle von Moral Insanity starben bald an Phthise. So dement die Kranken schienen, so hatten sie doch Verstandesblitze und häufiger, als bei allen anderen Klassen von Psychosen, zeigte sich bei ihnen kurz vor dem Tode eine Steigerung des Verstandes und ein Aufflackern der Geisteskräfte.

Solcher Fälle fand Clouston

75 von 282 Tuberculosen.

Clouston glaubt, dass diese Psychosen ein directes Resultat der tuberculösen Diathese oder der Tendenz zur Tuberculose waren, weil

1) beide Krankheiten sich meist gleichzeitig entwickelt hatten,

2) Die Psychose einen so eigenartigen, sonst nie gesehenen Charakter hatte,

3) Das Alter, in dem die Psychosen sich zeigten, unter dem war, wo sich gewöhnlich Psychosen entwickeln, also mehr sich dem der Phthise näherte.

Welchen Zusammenhang aber hat die Tuberculose in den übrigen 282 — (75 + 33) Fällen mit den Psychosen?

Bei 21 Männern und 38 Frauen entstand Tuberculose erst nach 7jähriger Dauer der Psychose; hier ist der Zusammenhang eher zufällig, da die gute Ernährung, Pflege, frische Luft der Anstalt nicht gestatten, dem Anstaltsleben die Schuld an Entstehung der Tuberculose zuzuschreiben.

Bei 12 Männern, 30 Weibern bestand gewöhnliche Mania acuta mit Uebergang in chronische Manie oder Dementia ohne charakteristische Symptome. Also auch da war die Complication zufällig.

In 3 oder 4 Fällen, wo Phthise sicher vor der Psychose bestanden hatte, war die Psychose nur eine momentane Aufregung, die bald vorüberging und den Patienten fast ganz wohl liess und darum sehr eng verbunden war dem Delirium beim Fieber oder dem Inanitionsdelirium. Doch sind solche Fälle, entgegen der Ansicht Morels, sehr selten, ebenso wie die

tuberculöse Meningitis, die nicht regelmässig irgend welche Symptome macht, wenn sie besteht.

Die Wirkung der Tuberculose auf die Prognose der Psychosen hält Cl. für eine sehr ungünstige, wenige Fälle werden wieder geistesgesund nach Ausbruch der Phthise.

Kaum ein Fall von phthisischer Manie heilt je; es handelt sich meist nur um scheinbare Heilungen, Remissionen. Diese allgemeine Unheilbarkeit der tuberculösen Psychosen ist für Clouston ein triftiger Beweis, dass die Psychose die Wirkung der ungenügenden Ernährung des Nervensystems in dem prätuberculösen Stadium oder dem allerersten Stadium der Tuberculose ist.

Warum sind nicht alle Phthisiker psychotisch, wenn Tuberculose doch in diesen Fällen die Ursache der Psychose war?

Cl. glaubt, dass eben besonders prädisponirte, namentlich hereditär prädisponirte Hirne mit Vorliebe erkranken. Die grössere Häufigkeit der hereditären Disposition zu Psychosen bei Phthisikern als bei Nichttuberculösen beweist, dass Tuberculose mehr denn irgend eine andere Ursache eine solche Prädisposition auch wirklich zum Ausbruch bringt. — Und bei wie viel gewöhnlichen Phthisikern finden wir nicht eine Erregbarkeit, Mattigkeit, Launenhaftigkeit, Wankelmüthigkeit in den Absichten, die an einen geisteskranken Zustand grenzen.

Phthisiker können sich selten zu einer continuirlichen geistigen Anstrengung aufraffen, ihr Verstand mag klar sein und hell in ungewöhnlichem Grade, aber ihre Anstrengungen gleichen mehr den leuchtenden Blitzen einer schlecht gefüllten Lampe, als dem continuirlichen Lichte eines ruhigen Gemüthes. Jeder, der einige phthisische Verwandte während ihrer Krankheit beobachtet hat, wird berichten können von den absurden Phantasien fast zu Illusionen ansteigend, von dem plötzlichen und grundlosen Wechsel von Hoffnungen und Muthlosigkeit, von Fröhlichkeit und Reizbarkeit, von den Launen und Bizarreien der Einbildungskraft, von den vorübergehenden Augenblicken von Delirium bei diesen Kranken.

Alle die genannten Symptome haben ihre Ursache in einem schlecht genährten Gehirn, und wenn sie sich weiter entwickeln, führen sie zu Psychosen.

Diese vier Fälle von temporärem Delirium bei phthisischen Patienten sind das Verbindungsglied zwischen phthisischer Erregbarkeit und phthisischer Manie.

Welches ist die Wirkung der Psychose auf die Tuberculose?

Folgende Tabelle giebt die Lebensdauer der Tuberculösen nach Beginn der Psychose.

Es starben nach Beginn der Tuberculose

	Männer.	Weiber.	Total		
innerhalb des 1. Jahres	34	32	66	66	
» 2. »	24	18	42	42	
» 3. »	11	22	33	33	
» 4. »	12	16	28	141	= ½ 282
vom 4.—6. Jahre	12	19	31		
» 7.—10. »	20	16	36		
» 11.—20. »	13	15	28		
nach dem 20. »	10	8	18		
	136	146	282		

141, genau die Hälfte, starben in den ersten 3 Jahren, 66 = ¼ im ersten Jahre; unmöglich kann da die Tuberculose erst in der Zeit in Folge der Psychose sich nicht nur entwickelt, sondern auch zum Tode des Befallenen geführt haben. Sie muss sich gleichzeitig oder vor der Psychose entwickelt haben.

Es scheint also auch in diesen Fällen die Tuberculose direct mit der Psychose in Zusammenhang zu stehen. — Clouston nimmt nicht an, dass Psychosen, wie Schröder von der Kolk will, Tuberculose durch pathologischen Einfluss des Vagus erzeugen können; vielmehr constatirt Clouston, dass die Tendenz zur Tuberculose sich um so mehr verringert, je länger die Psychose dauert, und dies ist ihm ein Beweis, dass Psychosen im Ganzen nicht zur Entwicklung von Tuberculosen neigen.

Dass Phthise sehr oft ihren Gang macht bei Irren, ohne irgend welche Symptome zu zeigen, bestätigt Clouston, wenn er auch nicht so weit geht wie Wörkman, die Unheilbarkeit so mancher Psychosen den pathologischen Veränderungen der Lunge statt des Hirns zuzuschreiben.

Er giebt in folgender Tabelle an, wie lange vor dem Tode in den 185 Fällen, wo die Phthise diagnosticirt werden konnte, die ersten phthisischen Symptome auftraten:

	Männer.	Weiber.	Total
Phthise ganz latent	26	30	56
Symptome von Phthise erschienen:			
1 Monat vor dem Tod . . .	6	5	11
3 » » . . .	9	28	37
6 » » . . .	17	20	37
1 Jahr vor » . . .	11	14	25
2 » » . . .	3	5	8
3 » » . . .	2	4	6
4 » » . . .	1	0	1
5 » » . . .	0	1	1
6 » » . . .	0	1	1
9 » » . . .	0	1	1
35 » » . . .	0	1	1
Total	75	110	185

In $^1/_3$ der Männer und mehr denn $^1/_4$ der Weiber war die Phthise ganz latent. In nur $^1/_{10}$ circa aller Fälle zeigten sich Symptome vor 1 Jahr ante mortem; da aber die mittlere Dauer der Phthise 18 Monate beträgt, war sie in beinahe allen Fällen eine gewisse Zeit lang latent.

Erstaunlich ist oft der geringe Effect selbst vorgeschrittener Phthise bei Irren. Cl. sah constant Patienten umhergehen, tüchtig essen, gut aussehen; plötzlich verringerte sich der Appetit, sie magerten ab, sahen schwach aus, wurden mehr dement und unbekümmert um ihre Umgebung; ihr Puls ward unfühlbar, in wenig Tagen starben sie und nach dem Tod fand man die Lungen gänzlich zerstört, mit alten Cavernen, die schon Monate und Jahre bestanden haben mussten. Clouston sah noch schnellere Todesfälle, beinahe plötzliche. In der Regel zeigen die Patienten höchstens 2—3 Monate (selten früher) vor Auftreten der eigentlichen phthisischen Symptome Zeichen von abnehmender Gesundheit.

Doch kommen auch Fälle von Phthise vor, die ganz wie gewöhnliche verlaufen.

Die von allen Autoren notirten Metastasen von Phthisen und Psychosen, das Alterniren, sind mehr scheinbar als wirklich. Täglich sieht man Kranke, die, wenn ihre Aufregung nachlässt, von Husten, Auswurf und Athemnoth geplagt werden. Sowie die Aufregung wieder kommt, verschwinden die phthisischen Symptome. Patienten gehen herum, sprechen viel, scheinen völlig frei von Lungenleiden zu sein, bis nach einigen Wochen die Aufregung vorübergeht und nun die Kranken schwächer und abgezehrter in ihrem Bette liegen, denn zuvor, und die Phthise rasche Fortschritte macht. Zweifellos versteckt das Hirnleiden die Lungenphthise; aber es versteckt sie eben nur; nichts beweist, dass die pathologischen Processe in den Lungen während dessen sistiren.

Nur ganz ausnahmsweise wird eine Krankheit durch das Erscheinen der andern wirklich stillgestellt, das ist, wo ein kurzer Anfall von Mania bei Kranken, die an sehr alter, chronischer und langsam verlaufender Phthise leiden, ausbricht.

In solchen Fällen sah Cl. die Kranken während der Krise sehr stark und wohlbefindend werden und alle Symptome von Phthise verschwinden. In einem solchen Falle blieb die körperliche Besserung, nachdem die Psychose geschwunden war. Cl. glaubt nicht, dass je eine Psychose durch den Beginn einer Phthise gemildert oder geheilt wird, sondern dass in Fällen, wo dies so zu sein scheint, die Psychose eines der Zeichen des vortuberculösen Stadiums ist.

Wir sehen oft acute Aufregung und tiefe Melancholie bei Beginn der phthisischen Symptome schwinden, aber nur um von Dementia und andauernder Schwäche des Geistes gefolgt zu werden.

Aus dem Geschilderten entspringen noch folgende Sätze:

12) In einer gewissen Zahl von Fällen (ungefähr 1/4 aller derer, bei welchen Tuberculose gefunden wurde) ist die Psychose von solch bestimmtem und besonderem Typus, dass sie phthical Manie genannt werden darf.

In allen diesen Fällen hat sich die Phthise so bald nach der Psychose entwickelt, dass zur Zeit, wo die Psychose erschien, allbereits sich Tubercel in den Lungen gebildet haben müssen oder eine bedeutende tuberculöse Neigung gegenwärtig gewesen sein muss. Wir wissen, dass das Hauptcharakteristikum der Tuberculose in einer gestörten Energie des Ernährungsprocesses besteht und wie ein schlecht genährter Knochen cariös und nekrotisch aus geringen Ursachen wird, oder eine schlecht genährte Haut Parasiten unterworfen wird, so resultirt in solchen ungenügend genährten Hirnzellen gestörte Thätigkeit aus Ursachen, die von einem gesunden Hirn nicht gefühlt würden.

Es ist nicht so sehr die Schwächung der Ernährung, welche die Psychose erzeugt, als vielmehr die gestörte Thätigkeit, zu der die geschwächte Ernährung prädisponirt.

Der eigenartige Geisteszustand, die Unheilbarkeit der Psychose, das Aussehen des Hirns nach dem Tode und sein vermindertes specifisches Gewicht, all dies trägt dazu bei, die Geistesstörung auf solch eine Aetiologie zurückzuführen.

13) Es besteht ein bestimmtes Verhältniss zwischen tiefer Melancholie (mit lang fortgesetzter Selbstmordsucht und Nahrungsverweigerung) und Lungenerkrankung, sowohl Gangrän als tuberculöser Affection.

14) In einigen wenigen Fällen ist die Psychose nur eine Art von Delirium, vorzugsweise entwickelt im Verlauf chronischer Phthise und bald vorübergehend.

15) Die Prognose ist sehr ungünstig, wenn Tuberculose bei einem Fall von Psychose vorkommt.

16) Die Hälfte der Fälle von Tuberculose stirbt innerhalb 3 Jahren nach dem Beginn der Psychose.

17) Nichts beweist, dass der »Morbid influence of the pneumogastric nerve« irgend etwas mit der Tuberculose in Fällen von Psychose zu thun habe.

18) Lang dauernde Psychose neigt nicht zur Entwicklung von Tuberculose mehr als zur Erzeugung andrer Krankheiten.

19) Phthise ist gänzlich latent in ungefähr $^1/_4$—$^1/_3$ aller Fälle bei den Irren; in beinahe allen anderen Fällen ist sie es für eine beträchtliche Zeit. Diese Latenz ist am häufigsten bei der Paralyse, bei der die Mehrzahl der Fälle mit Phthise keine Symptome irgend welcher Art zeigen.

20) Nur in sehr wenig Fällen wirkt der Beginn der Psychose auf die Phthise günstig; aber in einigen, bei denen die Phthise sehr chronisch ist, kann ein psychischer Anfall von dauerndem Verschwinden der phthisischen Symptome gefolgt sein, oder Anfälle von Manie können mit Symptomen der Phthise alterniren. In der überwiegenden Mehrzahl dieser Fälle sind die Symptome der Phthise nur masquirt, während die Ablagerung von Tuberceln weiterschreitet.

Voisin.[23]) Folie tuberculeuse. — Der Verfasser beobachtete Fälle, die einerseits durch einige Symptome und anatomische Veränderungen zur Paralysis generalis, andrerseits durch gewisse Symptome zur einfachen Folie monomaniaque neigen, die indessen von beiden durch ihre Natur, ihren Verlauf und die anatomischen Veränderungen sich unterscheiden.

Er führt diese Fälle auf Tuberculose zurück und bezeichnet sie mit dem Namen Folie tuberculeuse.

Verschiedene psychische Störungen bei Tuberculose, nämlich:

Die Traurigkeit, die beginnende Tuberculisation der Lungen oft begleitet, eine Art Melancholie,

das Delirium bei Meningealtuberculose und die geringere Klarheit der Gedanken bei den Kindern, die an dieser Krankheit leiden,

das Delirium in weit vorgeschrittenen Perioden der Tuberculosen übergeht Voisin; er hat in dieser Abhandlung nur eine Art von Psychose im Auge, die er Folie tuberculeuse nennt.

23) Leçons cliniques sur la maladies mentales. 1876.

Die Folie tuberculeuse ist immer melancholischer Form. Sie setzt hereditäre Antecedentien voraus oder persönliche, tuberculöse oder neuropathische.

Ihre wichtigsten psychischen Symptome sind:

Hallucinationen, besonders des Gesichts, meist schreckhafter oder trauriger Natur.

Agitation mit nachfolgendem stupor, Gewaltthätigkeiten, Drohungen, Selbstmordideen und oft schwere Caphalalgien. Zuweilen ist diese Folie tuberc. (und dies ist ein ihr eigenthümliches Symptom) von Ideen der Genugthuung und des Reichthums begleitet, welche die Unterscheidung von allgemeiner Paralyse schwer machen. (Eine Frau z. B. sprach von ihren 32 Millionen etc., ohne jedoch andere paralytische Symptome zu bieten. Ausser diesen Grössenwahnideen waren nur Symptome reiner Monomanie da.)

Die Folie tuberculeuse nähert sich wohl eher der einfachen neuropathischen Folie, aber andrerseits sieht man auch Symptome, die auf tuberculöse Hirn- und Rückenmarksveränderungen hinweisen, z. B.:

Prolaps des obern Liedes, partielle und unvollständige Paralysen eines Gesichtsnerven, Armnerven, Brechen, Perioden von heftigem (—39°) besonders abendlichem Fieber, Nachtschweisse etc.

Die Krankheit schreitet fort in Anfällen, die sich in sehr wechselnden Zwischenräumen wiederholen. Oft sieht man bei solchen Kranken langdauernde, fistulöse Abcesse, tuberculöse Knochencaries, grosse Magerkeit, blasse, feine Haut, Spitzeninfiltration, chronische Laryngitis, hippokratische Nägel.

Es ist sicher, dass Psychosen und Phthise ein gewisses Alterniren zeigen. Wir alle sahen Fälle, wo Patienten von einer Psychose heilten und nun an Lungenphthise starben und umgekehrt.

Verf. selbst sah eine junge Frau, die zu zwei verschiedenen Malen die schwersten Symptome acuter Lungentuberculose bot, und die zu zwei andern Malen von folie lypémaniaque suraigue ergriffen wurde, während gleichzeitig die schwersten Lungensymptome aufhörten.

Es giebt übrigens Fälle von Alternirung, die abhängen können von einer grössern vorübergehenden Heftigkeit der Symptome in dem einen Organ oder im anderen, in Lunge oder Hirn.

Zur Folie tuberculeuse zählt Voisin auch die Fälle, wo von Beginn der Psychose an und lange vor der Kachexie, welche die Geisteskrankheit auf die Dauer bei einzelnen herbeiführt, die Phthise und Psychose parallel laufen und die das grosse Gesetz von Louis bestätigen, dass die Lungen immer Tubercel aufweisen, wenn solche in anderen Organen bestehen.

Diese Kranken behalten, selbst wenn der acute Zustand vorbei und das Delirium vorüber ist, eine geistige Schwäche, die sie unfähig macht, in die Gesellschaft zurückzukehren oder mit Nutzen ihre frühere Beschäftigung wieder aufzunehmen. Es bleibt eine Art Kindlichkeit, die Spontaneität, der Unternehmungsgeist mangeln. Obschon die Patienten anerkennen, krank gewesen zu sein, erinnern sie sich nur unvollständig ihrer Hallucinationen und frühern Wahnvorstellungen.

Es besteht also »une variété de folie tuberculeuse chez les adultes« charakterisirt durch délire lypemaniaque Hallucinationen des Gesichts allein, Wahnvorstellungen trauriger Art, die den Kranken zum Selbstmord treiben, selten durch Ideen von Reichthum und die sich andrerseits durch Symptome erkennen lässt, die der Meningitis tuberculosa zugehören, wie theilweise Paresen des Gesichts und der Glieder, oder der Lungen- und Knochentuberculose und Meningitis spin. tubercul., oder die anatomischen Veränderungen gleichen der Paralysis generalis.

Hagen.[24]) — Ueber die Beziehungen der Lungenschwindsucht zur Geisteskrankheit.

Verf. gründet seine Statistik auf die Mortalität, da Statistiken der Morbilität ungenau sind oder fehlen, da eine Zählung der Phthisiker bei Irren der häufigen Latenz der Krankheit wegen unmöglich ist. H. bewies schon früher, dass die Zahl der an Phthise in Irrenanstalten Gestorbenen circa ¼ aller daselbst Gestorbenen ausmacht.

In Bayern betrug die Mortalität an Phthise in den Irrenanstalten im Mittel 22.3 %; ebenso kommen bei Ausschaltung der sehr grossen Kindermortalität 22.9 % der Gesammtmortalität auf Rechnung der Phthise.

Das Verhältniss der an Lungenschwindsucht Gestorbenen überhaupt ist daher bei den Irren genau dasselbe, wie bei den Nicht-Irren.

H. glaubte daher früher, dass Phthise bei Irren nicht häufiger sei, als bei der Gesammtbevölkerung. Da er aber unterdessen fand, dass die Mortalität bei den Irren überhaupt 5 Mal grösser ist, als bei den Nicht-Irren, so schliesst er nun:

dass auch 5 Mal mehr Irre an Lungenphthise sterben als Geistesgesunde.

Warum ist dies so? Ist

1) die Psychose Ursache der Phthise? oder

2) die Tuberculose Ursache der Psychose?

3) oder sind beide durch eine gemeinschaftliche Ursache bewirkt, so dass sie desshalb sehr oft mit einander zugleich oder rasch hintereinander vorkommen?

Antwort giebt die Statistik.

Verfasser berechnet, dass auf 130 Tuberculöse nur 1 Geisteskranker kommt, oder dass Lungenphthise zum mindesten 129 Mal mit Geistesgesundheit vorkommt, ehe sie 1 Mal mit Geisteskrankheit complizirt ist.

24) Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten. Erlangen 1876.

Da kann also Lungenphthise keine der mächtigsten und intensivsten Ursachen der Psychosen sein. Es kommt

auf 600—700 Erwachsene 1 Irrer,
130 Tuberculöse 1 »

Geistesstörung ist somit bei den Tuberculösen 5 Mal häufiger denn bei der Gesammtbevölkerung.

Daraus könnte nun doch wieder geschlossen werden, dass Tuberculose eine nicht unbedeutende Ursache der Psychose ist. Oder ist vielleicht die Psychose Ursache der Tuberculose? Jedenfalls ist die Krankheit, die der andern in der Mehrzahl der Fälle vorangeht, die Ursache derselben. Nun geht aber

die Psychose in der bei weitem überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Tuberculose voran!

Während von Nicht-Geisteskranken
516 Phthisiker nach 3—6 Monat 150 starben,
erlagen von
117 irren Phthisikern in 3—6 Monat 3
» 12 » 6

statt 60, wie es sein müsste, wenn die Phthise auch nur ¼ Jahr vor der Psychose begonnen hätte.

94 von 117 Irren starben erst nach mehr denn 2jähriger Dauer der Psychose.

In 30 Jahren sah H. nur 3 Wärter von 500 ca. an Phthise erkranken, wovon 2 die Tuberculose wahrscheinlich schon beim Eintritt hatten.

Der Anstaltsaufenthalt scheint also nicht so schädlich zu sein. Von 90 Irren, die nicht in der Anstalt starben, erlagen ebenfalls ca. ¼, nämlich 20 an Phthise.

Hagen glaubt daher nicht, dass an der Phthise das Anstaltsleben Schuld sei.

Dass hingegen die Ueberfüllung der Anstalten einen Einfluss auf die Mortalität ausüben kann, sucht H. dadurch zu beweisen, dass er die Phthisismortalität der bayrischen Gefängnisse mit der in den Asylen vergleicht. Ihre Mor-

talität war 42.3 %. Aber in Bayern starben von 10,000 Menschen 163 überhaupt, in

Strafanstalten von 10,000 Sträflingen 303

Irrenhäusern » 10,000 Irren 815 = 5 × 163.

Die Mortalität ist somit viel grösser, 5 Mal, als bei der Gesammtbevölkerung, weil eben nur Kranke die Einwohnerschaft ausmachen. Die Phthisismortalität steigt in gleichem Verhältniss wie die Sterblichkeit überhaupt.

Die Behauptung, dass die Häufigkeit der Lungenschwindsucht bei den Irren ebenso wie die der Sträflinge lediglich durch die Anhäufung grosser Menschenmassen herbeigeführt werde, ist unrichtig.

Sätze.

Geisteskranke unterliegen in 5 Mal stärkerem Verhältniss der Lungenschwindsucht als Nicht-Irre.

Bei Tuberculösen ist aber auch Geisteskrankeit 5 Mal häufiger als bei nicht Tuberculösen.

In der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle geht die Geiseskrankheit der Lungenschwindsucht voraus.

In der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle kann daher die Lungenschwindsucht nicht die Ursache der Geisteskrankheit sein, sondern die Geisteskrankheit muss die Ursache sein, dass sich Lungenschwindsucht mit ihr verbindet.

Hierin ist die Complication der Tuberculose mit Geisteskrankheit zum grössten Theil begründet.

Dies ist aber nur Regel, es giebt auch Ausnahmen. Manchmal trat zuerst die chronische Pneumonie und erst secundär die Psychose auf. (Vorübergehende Delirien, besonders kurz vor dem Tode, gehören nicht hierher.) Diese Fälle sind zwar häufig in der Litteratur, in Wahrheit aber selten, nicht häufiger als die Psychosen bei oder nach acuten Pneumonien, Rheumatismen.

Zuweilen entstehen Tuberculose und Psychose gleichzeitig.

Ein von Geburt oder sonst (Onanie) zu Psychosen disponirtes Individuum kommt in unhygieinische Verhältnisse, die geeignet sind, Tuberculose zu erzeugen. Es erfolgen Ablagerungen in den Lungenspitzen. Die dadurch entstandene Beeinträchtigung der Lungenfunction und das allgemeine Uebelbefinden (oft nur Mattigkeit, Unlust etc. zur Zeit, wo noch keine Infiltration physikalisch nachweisbar) wirken auch störend auf Hirn und Nervensystem und steigern die vorhandene Disposition zur Psychose.

So kann die Psychose bald nach den ersten Lungensymptomen auftreten und umgekehrt können sich Lungensymptome bald nach den ersten Zeichen von Geistesstörung zeigen oder beide gleichzeitig, während doch der wirkliche Vorgang in allen Fällen derselbe war.

Die Tuberculose kann in solchen Fällen in der That eine Ursache für die Entstehung der Psychose gewesen sein; aber sie würde ihrerseits auch muthmasslich nicht entstanden oder in ihren Anfängen leicht wieder zu heben gewesen sein, wenn nicht die nervöse Disposition bestanden hätte und in Hinsicht auf diese ist die wirkliche Lungenschwindsucht doch auch wieder die secundäre.

Vielleicht ist der Grund der häufigen Complication eine gewisse Verwandtschaft beider krankhafter Zustände, da

1) Psychosen meist sich ursächlich zur Tuberculose verhalten und

2) Die Mortalität der Irren eine viel grössere ist, als bei Nicht-Irren, mag der Zusammenhang folgender sein:

Das Irresein versetzt den Menschen in äussere und innere Verhältnisse, durch welche er der Gefahr anderweitiger Erkrankung ceteris paribus mehr ausgesetzt ist als ein Geistesgesunder.

Die Lungenschwindsucht ist eine der anomalen Vorgänge, Modi, in welcher die grössere Mortalität und Morbilität der Geisteskranken zur Erscheinung kommt.

Die Mortalität durch Phthise wird um so grösser, je ungünstiger die äusseren Verhältnisse werden und kann daher durch Verbesserung dieser vermindert werden. Da aber ihre Hauptursache in der Geisteskrankheit selbst liegt, so kann ihre relative Häufigkeit niemals ganz beseitigt werden.

Cüllerre.[25]) — Die Tuberculose bedingt seit einigen Jahren $^1/_5$—$^1/_4$ der Todesfälle im Asyl zu Auxierre. Es handelt sich meist um chronische Lungenphthise, doch traf man auch Fälle von Tuberculose der Bauchorgane (Darm und Mesenterium) gleichzeitig mit Lungentuberculose. Nie sah Cüllerre Tuberculose des Hirns und seiner Häute.

Am meisten tragen zu dieser Mortalität bei die Formen, die mit tiefer Depression verbunden sind, vorübergehender oder dauernder. — Esquirol sah die Phthise am häufigsten bei den Lypémaniaques, Calmeil und Marcé im Gegentheil bei den Dementen. Cullerre sah in sehr vorgeschrittener Periode der Lypemanie Tuberculose sich entwickeln, besonders in der Periode des Uebergangs, da die Diagnose lange unsicher sein kann und die mit zu einer ausgesprochenen Demenz führt. In diesem Augenblick ist der schädliche Einfluss des Hirnleidens auf seinem Gipfelpunkt angekommen und der körperliche Zerfall zögert nicht, dem geistigen zu folgen.

Im Ganzen decimirt die Tuberculose alle Categorien Geisteskranker, besonders die Dementen und die lypémaniaques stupides, dann die Idioten und zuletzt die Maniacalischen.

25) Contribution à l'étude de la tuberculose chez les aliénés. Annal. medic. psychol. 1876. p. 161.

Die Mehrzahl unserer Phthisiker litt an der Demenz, welche die melancholische Affection, besonders die mit Stupor, endigt, was sehr logisch scheint, da die depressiven Formen in sich selbst genügenden Grund zur Entwicklung der Tuberculose haben.

Ueberall ist ungenügende Ernährung die Hauptursache der Phthise, und gerade sie wirkt so schlimm bei den stupiden Melancholikern oder Dementen.

Scrophulose greift das Entwicklungsalter an, Carcinose das reife Alter, die Tuberculose das Alter, das die grösste Zahl stupider Psychosen aufweist.

Die Dauer des Aufenthaltes der an Tuberculose im Asyl Gestorbenen war im Ganzen eine beträchtliche,

nur	1	Mal	1 Jahr
	3	»	2 »
	2	»	5 »
	1	»	9 »
	1	»	22 »

Dies beweist, dass die Tuberculose erworben worden ist und nicht auf Rechnung einer präexistirenden Diathese oder selbst schon bestehenden Diathese im Moment des Eintrittes gesetzt werden kann.

Der lange Aufenthalt in Asylen scheint doch zuweilen für einzelne schädlich zu sein, wenn auch die hygieinischen Verhältnisse für die Gesammtheit sehr günstig sind.

Oefters tragen Antecedentien der Patienten mit Schuld am Ausbruch der Tuberculose. Noth, Elend, geistige Aufregung, körperliche Strapazen etc. Sehr schädlich ist die Nahrungsabstinenz des Irren; ferner begünstigen lange erschöpfende Krankheiten, besonders aber auch Leiden der Brustorgane, Bronchitis, Pneumonie, Pleuritis die Tuberculose.

Aus dem Besprochenen ergiebt sich:

Geistesstörung wenigstens in ihren depressiven Formen erzeugt sicher eine Prädisposition zur Tuberculose.

Die Aetiologie dieser Affectionen gipfelt in der Erschöpfung der Lebenskräfte des Organismus, die bald allein dem vesanischen Elemente zuzuschreiben ist, bald zum Theil dem vesanischen, zum Theil intercurrenten Krankheiten, den äusseren Umständen und gewissen körperlichen Bedingungen, die noch wenig bekannt sind.

Die Diagnose der Phthise bei Irren ist in der Mehrzahl der Fälle nur sehr spät möglich, weil die Hauptsymptome anfangs fehlen. Die Auscultation aber ist bei Melancholischen, Dementen und Stupiden oft unmöglich. Die Abmagerung kommt oft erst sehr spät zu Stande, auch das Fieber macht wenig Symptome, die Kranken klagen nicht, essen mit Appetit, haben selbst bei 40° oft Heisshunger. Meist erreicht das Fieber, nachdem es einige Zeit mässig gewesen war, rasch seine äussersten Grade. Die Lungenzerstörung folgt diesem raschen Verlauf und führt oft zur completen Vernichtung einer Lunge.

Der Husten fehlt in der That oft, meist wird er erst in der letzten Periode der Krankheit beobachtet, wenn die krankhaften Secretionen so reichlich sind, dass ihre Entfernung unbedingt nothwendig wird. Nie wird der Husten bei unsern Kranken eine fortwährende Tortur.

Der Auswurf ist noch seltener, ein Theil davon wird wahrscheinlich verschluckt, ein andrer durch die Nasenlöcher ausgeschieden.

Im allgemeinen hat die Entwicklung der Tuberculose keinerlei Einfluss auf den Gang der Geistesstörung; dies ist natürlich, da letztere meist in ihrem letzten Stadium angelangt war, als die Tuberculisirung vor sich ging.

Cullerre nimmt indessen einen Fall aus, da eine Dame, die gleichzeitig von acuter Manie mit äusserster Aufregung und sehr fortgeschrittener Phthise befallen ward, gänzlich den Gebrauch ihrer geistigen Fähigkeiten 2 Stunden vor dem Tode wieder fand. Doch war die Tuberculose lange vor der Psychose schon ausgebrochen und die letztere befand sich noch im Stadium völligster Acuität.

In keinem Falle seiner Antopsien hat Cullerre schwere, weit vorgeschrittene Zerstörungen, Cavernen mit einem Wort, in der rechten Lunge gefunden. Dagegen bot die linke fast immer bedeutende Zerstörungen dar, die bis zur völligen Vernichtung der Lunge gehen konnten. Calmeil und Marce bestätigen dieses, übrigens auch bei gewöhnlichen Phthisikern, wenn schon in geringerm Grade, vorkommende Factum.

Emminghaus[26]) bestätigt, dass die Tuberculose, abgesehen von den psychopatischen Symptomencomplexen, welche ihre palpablen Localisationen am Centralorgan und dessen Hüllen mit sich bringen, einfache oder zusammengesetzte psychische Anomalien herbeiführen kann. — Das Krankheitsgefühl ist schwach und fehlt gänzlich. Daraus ergeben sich gewisse Eigenthümlichkeiten (Hoffnung für die Zukunft, Neigung, Pläne zu machen, Unternehmungslust, Leichtsinn), die in scharfem Contrast zu der Hinfälligkeit dieser Kranken stehen. Der Irrthum in Bezug auf die Krankheit kann soweit gehen, dass der gesteigerte Appetit (in den fieberfreien Zeiten), die Schweisse, die Steigerung des Geschlechtstriebes für Zeichen der Reconvalescenz erklärt werden. — Den Anfang der Krankheit machen bisweilen Melancholie oder Manie, die sich erst bessern oder ganz verschwinden, wenn jene weiter fortschreitet. Auch im Verlauf, in der letzten Periode kommen maniakalische Paroxysmen vor mit Gesundheits- und Kraftgefühl, auch mit Grössenideen, und während derselben treten die Zeichen der Lungenaffection manchmal zurück. Sub finem vitæ beobachtete E. hier und da eine paradoxe Euphorie mit geistiger Regsamkeit, Ekstase, heiteren Delirien, welche den armen Kranken die letzten Tage leicht macht. Im Uebrigen bestätigt E. die nun schon bekannten Angaben Jacobi's, Neumann's, Cloustons, Williams.

26) Allgemeine Psychopathologie. 1878. § 166. S. 357.

Schüle.[27]) — Die galoppirende Phthisis giebt nicht selten zu einer acuten Psychose Veranlassung, die unter zweifacher Form sich kundgiebt:

a) als grosse Gereiztheit mit Steigerung bis zu maniakalischen Ausbrüchen,

b) als primäre Dementia

(beide Formen oft auch gemischt). Im Verlauf, der psychisch ganz regellos ist, treten zeitweilig oder andauernd Wahnvorstellungen auf, besonders solche der Verfolgung und der Grösse. Dem echt paralytischen Grössenwahn gegenüber fehlt das motorische Element; der tuberculöse ist fixer und matter. Das gesammte Krankheitsbild nähert sich dadurch mehr der primären Verrücktheit.

Die gewöhnliche Phthise, Lungentuberculose ist nach Schule ebenfalls zu den Ursachen von Seelenstörungen zu zählen. In Bezug auf die ätiologische Bedeutung der Schwindsucht an der Erzeugung von Psychosen schliesst sich zwar Schule den Schlussfolgerungen Hagen's an, doch erkennt er den schädigenden Einfluss des phthisischen Lungenprocesses auf das Hirnleben vollständig an und findet ihn namentlich in der krankhaften Euphorie fast jeden Phthisikers zur Geltung gelangt.

Die klinische Krankheitsform der sog. tuberculösen Psychosen schildert Schüle nach der bekannten Arbeit Cloustons.

Arndt.[28]) — Die Phthisis pulmonum ist eine nicht ungewöhnliche Ursache der psychopathischen Diathese, und zwar scheinen die Anfangsstadien darin ungleich wirksamer zu sein als die späteren, in denen die Kranken viel mehr zu leiden haben und auch noch so manche andre Umstände mitspielen, von welchen man glauben sollte, dass sie zur Entstehung und weitern Ausbildung der Phthise besonders beitragen müssten.

27) Handbuch der Geisteskrankheiten. 1880. 2. Aufl. S. 304.
28) Lehrbuch der Psychiatrie. 1883. S. 303.

S. 418. Es ist bekannt, dass Schwindsucht in einzelnen Fällen in einem eigenthümlichen Verhältniss zu den jeweiligen psychischen Störungen steht. Dieselben, das Uebelbefinden der Kranken, sind stärker, wenn der Auswurf stockt; die Kranken befinden sich besser, wenn er eine Zeitlang in Gang gekommen. Es scheint somit, als ob der Verschwärungsprocess in den Lungen als Aequivalent der Tobsucht aufzutreten vermag.

Kraft-Ebing[29]) betont die behagliche, sorglose Stimmung der Phthisiker und ihre Selbsttäuschung über die Natur ihres Leidens.

Bei einzelnen kommt es aber zu Melancholie, die wohl auf Rechnung der consumptiven anämisirenden Lungenkrankheit gesetzt werden muss und, wenn das Leben lange genug erhalten bleibt, zu psychischer Schwäche durch die sich ausbildende Hirnatrophie und nicht selten vorkommende ödematöse Durchfeuchtung des Gehirns führt.

In den Endstadien der phthisis pulm. kann es, ähnlich wie bei sonstwie Erschöpften, bei Sterbenden, Verhungernden u. s. f. zu Inanitionsdelir kommen. Es hat meist einen mussitirenden Charakter, bewegt sich vorwiegend in heiteren Vorstellungen und Sinnestäuschungen, jedoch sind solche schreckhaften Inhalts mit feindlicher Reaction nicht ausgeschlossen.

Brehmer.[30]) — In Brehmers Krankengeschichten trat hie und da eine gewisse Beziehung zwischen Phthise, Geistesstörung, Epilepsie und Taubstummheit hervor. Der Verfasser hält die Verwandtschaft zwischen Phthise und Geistesstörung für eine so exquisite, dass er in jedem einzelnen Falle seine Prognose darauf basirt, wie weit das Urtheilsvermögen des Patienten sich noch erhalten hat, so zwar,

29) Lehrbuch der Psychiatrie. 1883. 1. Bd. S. 199.

30) Aetiologie der chronischen Lungenschwindsucht. 1885. — Verwandtschaft der Phthise mit Geistesstörung und Epilepsie. S. 409.

dass er eine günstigere Prognose stellt, wenn dieses noch leidlich erhalten ist, als wenn es schon nicht unbedeutend gelitten hat, selbst wenn der locale Lungenbefund bei letzterem bedeutend günstiger ist. Patienten, welche sich aufmerksam selbst beobachten, geben diesen Zusammenhang auch ohne weiteres zu. Sie gestehen ein, dass ihr Gedächtniss schwächer geworden ist, dass sie eine ernsthafte Lecture nicht mehr treiben können, da ihnen das Fassen und Denken schwer wird und sie oft nicht mehr einen Satz zu Ende denken können.

Jede Besserung, die im phthisischen Process eintritt, lässt auch in relativ kurzer Zeit in geistiger Beziehung eine Besserung constatiren. Wie oft haben mir, namentlich lungenkranke Aerzte, die freudige Mittheilung gemacht, heute hätten sie seit Jahren wieder mal einen medicinischen Artikel zu Ende lesen können und ihn auch verstanden. Und wie manche meiner Patienten musste ich aus meiner Anstalt direct in eine Irrenanstalt dirigiren.

Giebt sich nicht oft genug der Beginn des Leidens durch Aenderung des Charakters kund, und die so sehr gesteigerte Empfindlichkeit der Phthisiker über die geringste Kleinigkeit, zeigt sie nicht eine abnorme geistige Thätigkeit an?

Diese psychischen Veränderungen erwähnt nur Jürgensen bei Besprechung der Differentialdiagnose zwischen Phthisis und interstitieller Pneumonie. Diese Diagnose ist so schwer, dass z. B. Ruhle Zustände zur Phthise rechnet, die Jürgensen als interstitielle Pneumonie diagnosticirt. Er sagt: »Ich zögere nicht, interstitielle Pneumonie zu diagnosticiren und Schwindsucht auszuschliessen, wo zwei Dinge beim Kranken sich vorfinden: eine grosse körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, ein ruhiger und kräftiger Herzschlag« und kommt auf diese beiden unterscheidenden Merkmale oft zurück, so dass die Entscheidung der Frage, ob Phthise oder interstitielle Pneumonie durch die Leistungsfähigkeit des Kranken und das Verhalten des Herzens gegeben wird.

Br. giebt hierauf 50 Fälle, in denen allen entweder die phthisischen Kranken selbst psychotisch wurden oder bei denen in der Ascendenz, bei den Geschwistern oder in der Descendenz geisteskranke Familienmitglieder nachzuweisen waren.

II.

Fälle.

Bei Besprechung der in den letzten zehn Jahren im hiesigen Irrenhause zur Beobachtung gekommenen, mit Tuberculose complicirten Psychosen wäre wohl in erster Linie festzustellen, wie viele der in diesem Zeitraume aufgenommenen Geisteskranken tuberculös waren; es könnte damit ein Beitrag zur Lösung der vielbesprochenen Frage, ob die Tuberculose in Irrenhäusern, respective bei Geisteskranken häufiger vorkommt als bei Geistesgesunden, geliefert werden.

Doch sah ich bald, dass eine solche auf die Zahl der Aufnahmen und die Diagnose intra vitam gegründete Statistik keinerlei Anspruch auf Richtigkeit und Vollständigkeit machen könnte, da einmal häufig eine sorgfältige genaue Untersuchung am Widerstande der Kranken scheiterte, da oft andrerseits die physikalischen Untersuchungsergebnisse höchst zweifelhafter Natur waren und zu mannigfaltigen Täuschungen Anlass geben könnten.

Ich begnüge mich daher, das Procentverhältniss der post mortem durch die Section nachgewiesenen Fälle von Tuberculose und Phthise zur Gesammtzahl der Todesfälle im Irrenhause festzustellen. Es ergab sich, dass von 1876 an bis Januar 1886 zur Section gekommen waren:

147 Fälle, davon tuberculös	23 Fälle
90 Männer	16 Männer
57 Weiber	7 Weiber.

Somit waren 1/6 oder 15.6 % sämmtlicher Todesfälle auf Tuberculose gegründet oder wenigstens damit complicirt.[31])

31) Einige Kranke starben im Bürger-Spitale auf der medicinischen Abtheilung. Für die Berechnung der Mortalität waren diese Fälle nicht zu gebrauchen, wohl aber zu andern statistischen Untersuchungen. — Im Ganzen haben wir 31 zweifellos tuberculöse Fälle zur Verfügung, davon starben 23 auf der Irrenabtheilung.

Die Gesammtzahl der mir zur Verfügung stehenden Fälle ist natürlich zu klein, um mit etwelcher Berechtigung die oben gestellte Frage beantworten zu können oder auch sonst weitergehende Schlüsse zu ziehen. Wir können nur bemerken, dass das gefundene Verhältniss von 15.6 % weit unter dem zurückbleibt, was im Allgemeinen von den Autoren als Verhältniss angegeben wird.

Nach Hagen kommen ja, wie wir gesehen haben, etwas mehr als ¼ aller Todesfälle bei Irren auf Rechnung der Tuberculose, Skae fand unter seinen im Edinburger Asyl secirten Irren 282 = 60.9 % Tuberculöse; Fischer in Prag wies bei 314 im dortigen Asyl gemachten Sectionen 151 Mal Lungentuberculose nach, das ist in fast 50 %.

Da müsste uns die kleine Zahl von tuberculösen Leichen befremden, wenn wir nicht bedächten, dass bei der grossen Ueberfüllung, an der das hiesige Irrenhaus zur Zeit leidet, nothwendigerweise die Anstaltsbevölkerung ungemein rasch wechselt, der Anstaltsaufenthalt im Mittel ein sehr kurzer ist, so dass einer der (von vielen Autoren angegebenen) Hauptgründe der Häufigkeit der Tuberculose bei Irren nämlich der schädigende Einfluss langen Anstaltslebens wegfällt. Für die Männer kommt speciell noch in Betracht, dass ein grosser Procentsatz unserer Kranken und Gestorbenen Alkoholicer besonders Deliranten waren, was ja auf die Mortalitätsverhältnisse in der angegebenen Weise wirken musste.

Immerhin können wir sagen, dass die Zahl unserer im Irrenhaus verstorbenen Tuberculösen keine grosse ist und dass jedenfalls unter der Allgemeinbevölkerung Basels relativ nicht weniger an Tuberculose sterben als hier.

Ich habe nach den statistischen Mittheilungen des Kantons Basel-Stadt ausgerechnet, dass in den 11 Jahren 1874—1884 im Mittel 28 % der an Krankheiten verstorbenen Erwachsenen an Phthisis pulmonum zu Grunde gegangen sind. — Die Zahlen der statistischen Mittheilungen stützen sich zwar höchstens in 30 % der Fälle auf Autopsien, in 70 % also auf die Diagnose intra vitam. Aber man kann

gewiss eher annehmen, dass zu wenig Tuberculöse angegeben worden sind, als zu viel. Es wäre somit bei uns im Irrenhaus die Tuberculose seltener, als bei der Gesammtbevölkerung Basels; während jeder 3.5te an Krankheit gestorbene Erwachsene der Gesammtbevölkerung an Phthise, respective Tuberculose litt, kommt erst auf 6.4 verstorbene Geisteskranke ein Tuberculöser.

Ich kann mithin den Schluss, den Clouston und Skae aus ihren Sectionsergebnissen ziehen, dass nämlich zweimal so viel Geisteskranke an Tuberculose sterben als Nicht-Geisteskranke, für Basel nicht bestätigen.

Geschichte der Kranken.

Auffällig mag erscheinen, dass von den 25 Fällen 17 Männer und nur 8 (also nicht einmal die Hälfte der ersteren) Weiber betreffen. Doch glaube ich dies erklären zu können durch die grosse Betheiligung der Paralyse und des Deliriums tremens an der Mortalität. Es war ja, ein Jahr ausgenommen, die Mortalität überhaupt bei den Männern stets grösser als bei den Weibern, wohl bedingt durch die vielen paralytischen und alkoholischen Fälle. Ziehen wir die 4 Paralytiker und die 3 Deliranten männlichen Geschlechts ab, so bleiben 10 Männer gegenüber 8 Weibern. — Aus den kleinen Ziffern meiner Fälle einen Schluss irgend welcher Art über diese Frage ziehen zu wollen, wäre somit doppelt ungerechtfertigt.

Alter der Kranken beim Tode.

Das Alter der Kranken bei Beginn der tuberculösen Erkrankung lässt sich in manchen Fällen nicht genau angeben, ebensowenig das Alter bei Beginn der Geisteskrankheit. Ich gebe daher in der folgenden Tabelle nur das Alter beim Tode an.

Es starben im Alter von	Männer	Frauen	Total
20—25 J.	4	—	4
26—30	—	—	—
31—35	2	3	5
36—40	4	4	8
41—45	4	—	4
46—50	2	—	2
51—60	1	—	1
61—70	—	1	1
	17	8	25

Wir ersehen aus diesen Angaben, dass die Mehrzahl der Todesfälle im Alter von 30—40 Jahren auftritt. 13 Fälle, das ist mehr als die Hälfte, hatten ein Alter von 30—40 Jahren. 1/3, nämlich 8, fallen in die Jahre 36—40; auch die Jahre 41—45 sind mit 4 Fällen vertreten, dann aber verringert sich die Zahl der tuberculösen Fälle bedeutend, wenigstens absolut, ob auch relativ ist fraglich. Aber selbst im höhern Alter von 65 Jahren kam ein Fall zur Beobachtung. Unter 30 Jahren war 1/6 aller Fälle, was nach Clouston auch das Verhältniss für nicht tuberculöse Irre ist.

Das Durchschnittsalter beim Tode betrug:
für die Männer 36 1/2 J. (37 n. Clouston)
für die Weiber 39 1/3 J. (40 » »

während nach Clouston das Durchschnittsalter der Gesammtzahl der Todesfälle bei Irren

für die Männer 43 1/2 Jahre
für die Weiber 44 1/2 »

betragen soll. Es würde somit die Tuberculose das Durchschnittsalter um mehrere Jahre (5—7) verringern.

Wie Clouston finde ich das Durchschnittsalter bei den Männern geringer als bei den Frauen.

Hereditäre Prädisposition.

Die grosse Bedeutung, welche die hereditäre Prädisposition für die Entwicklung von Psychosen und Tuberculosen hat, konnte auch in unseren Fällen nachgewiesen werden. Es ist, wie schon angegeben, von fast allen Autoren betont worden, dass eine hereditäre Prädisposition zu Phthise zur Entwicklung von Tuberculose oder von Psychosen oder von beiden zugleich führen könne und umgekehrt Psychose der Eltern bei den Kindern gerne eine Neigung zu Psychosen oder zu Tuberculose oder zu beiden Erkrankungsformen erzeuge. Clouston berichtet, dass er Glieder dreier Generationen einer Familie an Phthise im Asyl sterben sah, und zwei Schwestern kamen innerhalb eines Jahres ins Asyl mit derselben Psychose und starben beide an Phthise, nachdem die Psychose bei beiden gleich lang gedauert hatte. Ganz besonders betont auch Brehmer, wie wir gesehen haben, die Wechselbeziehungen von Phthise und Psychose bei Eltern und Kindern.

Leider fehlen bei verschiedenen meiner 25 Fälle Angaben über die Hereditätsverhältnisse; gewiss wäre in den meisten derselben irgend welche Erblichkeit nachzuweisen gewesen. Dennoch kann ich die Angaben der Autoren über diesen Punkt voll und ganz bestätigen. Wenn wir die Fälle, wo es unmöglich war, irgend welche anamnestische Thatsachen zu erweisen, ausscheiden, so finden wir, dass in 9 von 18 Fällen psychische Heredität, in 7 von 15 Fällen tuberculöse Heredität nachgewiesen worden war; also in 50 % der Fälle bestand neuropathische Disposition und in 46.7 % tuberculöse Belastung irgend welcher Art. In 5 Fällen konnte sogar sowohl neuropathische als tuberculöse hereditäre Belastung nachgewiesen werden, wobei ich noch bemerken will, dass zweimal Glieder derselben Familie tuberculös und geisteskrank in der Anstalt waren, einmal waren es Bruder und Schwester, einmal Vetter und Base.

Die nächste zu beantwortende Frage ist nun wohl, unter welchen Formen die Geisteskrankheit unsrer tuberculösen Fälle zur Erscheinung kamen und ob sich die Tuberculose mit Vorliebe bestimmten Formen von Geistesstörung vergesellschaftet oder nicht. Wir wissen, dass Voisin eine bestimmte Form von Geisteskrankheit als Folie tuberculeuse aufstellt und von ihr sagt: La folie tuberculeuse est toujours de forme lypémaniaque. Wir wissen ferner, dass Clouston eine phthisical manie als natürliche Gruppe von Psychosen beschreibt. In der folgenden Tabelle gebe ich die Formen an, unter denen die tuberculosen Kranken psychotisch waren, und die jeweilige Zahl der beobachteten Fälle.

I. Hirnkrankheiten
mit vorwiegend psychischen Symptomen.

		Fälle	Männer	Frauen
	Meningitis tuberculosa	6	6	—
	Paralysis progressiva	3	3	—
	Paral. progr. acuta	1	1	—
	Erweichung der Stirnlapp. und Meningitis tuberc.	1	1	—
	Alkoholische Störungen	4	3	1
	II. Typische Psychoneurosen.			
	Melancholien	5	2	3
	Verrücktheiten	4	—	4
Acute Verwirrtheit	Deliröse Zustände	5	3	2
	Puerperale Psychose	1	—	1
	Secundäre Verrücktheit	1	—	1
	Total	31	19	11

Davon starben in der Anstalt 23.

Wie wir sehen, war die Tuberculose mit sehr verschiedenartigen Psychosen complicirt. Von Manie und Tuberculose steht mir kein Fall zur Verfügung. Es stimmt das

mit den Angaben verschiedener Autoren, wonach reine Fälle von Manie selten sich bei Tuberculösen finden. Eigenthümlich dagegen ist, dass kein Fall von nicht paralytischer Dementia mit Tuberculose endigte, während die Hälfte der 282 tuberculösen Irren Cloustons dement war. Die Zahl meiner Fälle ist zu klein, um entscheiden zu können, ob irgend eine Form besonders häufig mit Tuberculose complicirt ist.

Unter den 25 Fällen finden sich nicht weniger denn 9 mit tuberculösen Ablagerungen in der Pia. Drei derselben sind mit anderweitigen Affectionen complicirt und zwar mit

Paralysis progressiv.	1
Delir. tremens	1
Meningitis chron. diff. und Erweichung der Stirnlappen	1

Ich werde daher diese 3 Fälle an anderer Stelle besprechen.

Meningitis tuberculosa.

Sämmtliche 6 Fälle waren Männer, kein einziges Weib kam mit dieser Krankheit ins Irrenhaus. Ob dies von einem seltneren Vorkommen beim weiblichen Geschlecht herrührt oder davon, dass die Meningitis tuberculosa bei Weibern weniger zu solchen psychischen Störungen führt, die Privat- oder gewöhnliche Spitalbehandlung unmöglich machen, wie bei Männern, wage ich nicht zu entscheiden.

Das Alter der 6 Kranken war sehr verschieden, der jüngste hatte 21 Jahre, der älteste 55 Jahre, das mittlere Alter war 34 Jahre.

Ueber die hereditären Verhältnisse fehlen mir leider in 3 Fällen jegliche Angaben. Einmal wurde jede Heredität geleugnet, einmal bestand grosse hereditäre Disposition zu tuberculöser Erkrankung in der Familie, sowie Abnormität des Charakters bei einem nahen Verwandten.

Ebenso sind leider die Angaben über die körperliche Entwicklung der Fälle recht mangelhaft, so namentlich über etwa früher überstandene Krankheiten, die zur Entwicklung von Meningitis tuberc. hätten disponiren können.

Nur in einem Falle konnte ganz sicher nachgewiesen werden, dass schon seit langem (6 Jahre) Tuberculose vorhanden war; einmal litt der Kranke seit seiner Jugend an Epilepsie, die zu Dementia und Lähmungssymptomen geführt hatte, einmal giengen dem Ausbruch der Meningitis langdauernde Diarrhoe und verdächtige Schmerzen in einem Knie voraus. Einmal hatte Patient 1 Jahr vorher eine 5monatliche Krankheit unbekannter Natur durchgemacht.

Persönliche Disposition zu Geistesstörungen finden wir in der Hälfte der Fälle, einmal als epileptische Dementia mit Potatorium, dann bei einem Kranken als reizbarer, jähzorniger Charakter, einmal als Schwermuth mit Potatorium. Zweimal wird jede persönliche Disposition geleugnet, einmal fehlen nähere Mittheilungen.

Betreffs der Prodromi setzen die Krankengeschichten in 4 Fällen den Beginn derselben auf 14 (3 Mal) bis 18 Tage vor Ausbruch der eigentlichen Krankheit fest. Regelmässig begann das Unwohlsein mit Verdauungsstörungen, Appetitlosigkeit (4 Mal), Brechen, zum Theil sehr hartnäckigem (2 Mal), Diarrhoe und nachfolgender Verstopfung (1 Mal), Kopfweh ist dreimal als erstes Anfangssymptom aufgeführt, einmal als sehr heftiges. Dreimal finde ich Mattigkeit und grosse Schwäche notirt.

Psychisch zeigte sich einmal gesteigerte Reizbarkeit und Verstimmung; zeitweise, bald vorübergehende Bewusstseinsstörungen und Delirien wurden in 3 Fällen beobachtet, Schlafsucht in 2. Wo Fieber angegeben ist, wird es als ein leichtes bezeichnet.

Der Ausbruch war meist ein ziemlich plötzlicher, so dass die Kranken, nachdem sie noch kurz vorher ganz bei sich gewesen waren, plötzlich verwirrt, benommen wurden, delirirten, bald in hohem Grade aufgeregt wurden, so dass

sie ins Irrenhaus übergesiedelt werden mussten. In zwei Fällen konnten die aufgeregten Kranken nur mit Mühe gehalten werden. — Nur einmal bemerkte man beim Ausbruch eine Sprachveränderung, die Sprache erschien langsam, undeutlich.

Sämmtliche Kranke kamen in grossem Schwächezustand zur Behandlung, ihr Gang war taumelnd (durch Schwindel?) oder sie mussten getragen werden. Alle waren sie beim Eintritt schwer benommen und zum Theil kamen sie nur auf kurze Augenblicke (1 Mal) oder gar nicht mehr (2 Mal) zum Bewusstsein. Es erklärt dies die Mangelhaftigkeit mehrerer Anamnesen und physicalischer Untersuchungen. Alle befanden sich eben schon in einem weit vorgeschrittenen Stadium der Krankheit, als sie aufgenommen wurden.

Einzelne Symptome der Meningitis tuberculosa:

Kopfschmerz, von dem Hüguenin sagt, dass über ihn, so lange Besinnlichkeit vorhanden, lebhaft geklagt werde und dass er selbst viel später noch, wenn das Bewusstsein längst erloschen scheint, durch Zucken, Greifen nach dem Kopf etc. geäussert werde, war bei meinen 6 Fällen nur einmal angeführt, und da heisst es, er sei gering gewesen. Einmal wird er bestimmt und zu öfteren Malen in Abrede gestellt und in den übrigen 4 Fällen finde ich nichts davon erwähnt, auch nichts von Greifen etc., was für Kopfschmerz sprechen würde.

Schwindel, grosse Empfindlichkeit gegen Licht und Geräusch finde ich nirgends aufgezeichnet. Doch kann vielleicht der taumelnde Gang wie der eines Betrunkenen, der zweimal beobachtet wurde, auf Schwindel zurückgeführt werden.

Magen-Darmsymptome traten ebenfalls mehr zurück, Diarrhoe bestand zweimal (einmal längere Zeit hindurch in Folge Ileitis follicularis), Obstipation einmal, Brechen ebenfalls einmal und zwar kurz vor dem Tode.

Lungen und Herz. — Die Untersuchung von Lungen und Herz ergab in 2 Fällen ein völlig negatives Resultat, in einem Fall war der Unruhe des Patienten wegen eine Untersuchung nicht durchführbar, dennoch wurde Phthise diagnosticirt. — In obigen zwei Fällen handelte es sich einmal um Miliartuberculose der Lungen, einmal um Bronchitis tuberculosa, so dass der negative Befund wohl zu erklären ist. Nur einmal fand man Symptome weit vorgeschrittener Phthise, Cavernensymptome also (metallisches Rasseln, tympanitischer Percussionston, Bronchialathmen etc.). Einmal ergab die Untersuchung Pleuropneumonie und einmal nur die Symytome eines Catarrhes. In all diesen 3 Fällen war der Habitus ein phthisicus und der Patient litt an Husten, während von letzterem in den ersten drei Fällen nichts erwähnt wird.

Temperatur. — In allen Fällen bestand Fieber; das Maximum der Temperatur war 39.7 ° C. Im allgemeinen war das Fieber nicht hoch; die Exacerbationen fielen regelmässig auf den Abend. Etwas charakteristisches im Gang der Temperatur war nicht erkennbar.

Der Puls war namentlich zu Beginn der Krankheit öfters auffallend langsam und das im Widerspruch mit der febrilen Temperatur. Gegen das Lebensende stieg er dann zu bedrohlicher Frequenz.

Beispiel.

I.

Tag	Temp.	Puls
1.	37.2	66
	37.—	58
2.	37.4	75
	38.3	86
3.	37.8	78
	—	51
	37.9	54
4.	37.8	136
	38.6	†?

II.

Tag	Temp.	Puls
1.	?	50 60
2.	39.7	60
3.		freq.
4.		über 100 †

Urin. — Der Urin wurde in 4 Fällen nicht spontan entleert, sondern musste mit dem Kathetor genommen werden; einmal sogar während der ganzen 4tägigen Dauer der Behandlung, zweimal nur zu Beginn, einmal 2 Tage lang ante mortem. Spuren von Eiweiss fand man in 2 Fällen, einmal kurz vor dem Tode, einmal verschwand das Eiweiss gegen das Ende des Lebens wieder.

Psychische Symptome. — Unter den psychischen Symptomen ist das hervorragendste die Benommenheit; in der That fehlt sie bei keinem der 6 Fälle und alle 6 kamen schwer benommen in die Anstalt. Einer derselben machte dabei zumal mit seiner lallenden Sprache und seinem taumelnden Gange ganz den Eindruck eines schwer Betrunkenen; es ist daher ausdrücklich erwähnt, dass sein Athem nicht nach Schnaps roch. In 2 Fällen blieb die Benommenheit bis zum Tode bestehen, alle andern kehrten, wenn auch nur vorübergehend und unvollständig, zum Bewusstsein zurück. Die Benommenheit war manchmal keine völlige, so dass es gelang, durch wiederholtes eindringliches Fragen Antworten zu erhalten. In anderen Fällen machte die Benommenheit, zumal gegen Ende des Lebens, einem so tiefen Coma Platz, dass die Patienten alles unter sich gehen liessen und selbst Eingriffe wie Cathetrisation keine Spur von Reaction hervorriefen.

Delirien kamen bei allen vor, meist waren es leise murmelnde Delirien, wobei die Kranken allerlei eigenthümliche Bewegungen machten, Zupfbewegungen, Greifbewegungen, Fadendrehen, Spinnen mit Speichel, Kratzbewegungen, die wohl zum Theil auf Sinnestäuschungen beruhten.

Doch waren auch drei Patienten stärker aufgeregt, zwei sogar aggressiv.

Drei Patienten zogen sich mehrmals ganz nackt aus und waren dann schwer zu bewegen, sich wieder zu bekleiden. Zweimal wurde Masturbation im benommenen Zustande beobachtet.

Hallucinationen des Gehörs wurden einmal mit Sicherheit constatirt, Visionen einmal. Cri hydrocephalique zeigte nur ein Kranker. Interessant war dieser letztere Fall auch, weil der Kranke aus ganz tiefer Benommenheit für längere Zeit zu völlig klarem Bewusstsein zurückkehrte und dabei einen eigenthümlichen reizbaren, misstrauischen, abstossenden Stimmungszustand zeigte, wie er bei ihm schon längere Zeit vor Ausbruch der Meningitis sich entwickelt hatte.

Die verschiedenen Zustände des Bewusstseins gingen meist sehr rasch in einander über und wechselten häufig. Meist nahm die Benommenheit gegen Ende hin zu, doch kehrte in einzelnen Fällen das Bewusstsein ganz kurz vor dem Tode wieder zurück.

Sensibilität. — Interessant war die in zwei Fällen beobachtete hochgradige Steigerung der Sensibilität. Die Hyperaesthesie war bei beiden hochgradig comatösen Kranken so stark, dass dieselben bei der leisesten Berührung aufzuckten und schrien, ja bei einem derselben war sogar das Anlegen des Thermometers der ungemeinen Hyperaesthesie wegen unmöglich. Die Steigerung der Sensibilität hielt in einem dieser Fälle bis zwei Tage vor dem Tode an und zwar schien sie auf der linken Seite mehr entwickelt zu sein, denn auf der rechten; dann ging sie nach und nach in völligem Coma verloren, so zwar, dass selbst Cathetrisation nicht die leiseste Reaction mehr hervorrief.

Einmal war die Sensibilität eher herabgesetzt und zwar wiederum auf der einen (linken) Seite mehr denn auf der anderen.

Einmal war die Sensibilität normal, zweimal fehlen Angaben.

Motorische Störungen. — In einem Fall waren keinerlei motorische Störungen zu beobachten. Einmal nichts wie allgemeine Zuckungen, nachdem Patient umgefallen war, und rythmische Bewegungen der Arme kurz vor dem Tode.

Allgemeine leichte Contracturen mit Widerstand bei passiven Bewegungen traten zweimal, Nackenstarre zweimal, krampfhafte Flexion der Beine, Zuckungen im Facialisgebiet ebenfalls zweimal, leichte Facialisparese einmal, Contractur im Gesicht, Zuckungen der Arme dreimal, allgemeine Zuckungen aller Extremitäten einmal auf.

Ueber das Verhalten der Reflexe sind nur mangelhafte Angaben da.

Das Abdomen zeigte sich nur zweimal eingezogen und hart.

Alle Fälle endigten tödtlich und zwar nach einer Anstaltsbehandlung von

4	Tagen	3 Mal
6	»	2 »
12	»	1 »

Die Krankheit hatte gedauert:

18	Tage	2 Mal
24	»	2 »
26	»	1 »
?	»	2 »

Die Zeit der Prodromalsymptome mit eingeschlossen.

Paralyse und Tuberculose.

Von 1876—1885 starben an Paralysis progressiva 35 Kranke
und zwar 31 Männer und
4 Frauen,

davon wurden nur 3 Männer bei der Section als tuberculös befunden, also nur 9.7 % der Gesammtzahl paralytischer Männer und 8.5 % der Gesammtzahl aller Paralytischen, während Clouston unter seinen 92 Paralytikern 33

27 Männer
6 Frauen
33 Total = $^1/_3$ tuberculös hatte.

Es bestätigt sich somit die Angabe Cloustons, dass Tuberculose selten mit Paralyse sich vergesellschaftet, nur in viel höherm Grade noch, als es Clouston gefunden hat. — Dass dies der Fall ist, wie es übrigens auch von Mendel zugegeben wird, trotzdem ja bei der Paralyse die günstigsten äusseren und inneren Bedingungen zur Entwicklung von Tuberculose, wie Nahrungsverweigerung, Unreinlichkeit der Kranken, Aufenthalt in schlecht lüftbaren Zellen zusammentreffen, scheint mir nicht sehr zu Gunsten der Behauptung zu sprechen, dass der Aufenthalt in Irrenhäusern an und für sich die Tuberculose begünstige.

Leider kamen meine Fälle erst ziemlich spät in die Anstalt, so dass die erste Krankheitsperiode einer genauen Beobachtung entging. Ich kann daher nicht beurtheilen, ob die, übrigens von Mendel bestrittene Angabe Cloustons, dass die tuberculösen Paralytiker stets oder fast immer mit Depression begännen, für unsere Fälle zutrifft oder nicht, da die vorhandenen anamnestischen Data zu spärlich sind. Einmal heisst es, Patient sei zu Beginn aufgeregt gewesen, einmal mürrisch, neidisch, nur im dritten Fall wird der Kranke zu Beginn der Paralyse als missmuthig, viel weinend, alles schwarz sehend geschildert. Der nach Clouston so häufige Suicidiumsdrang kam nicht zur Beobachtung, auch nicht jene tiefe Depression, die zu Suicidium und Nahrungsverweigerung führen soll. Letztere kam einmal vor, als Folge aber von hypochondrischen Wahnideen, wie z. B. keinen Magen mehr zu besitzen, und Gehörshallucinationen und nicht als Ausfluss tiefer Melancholie. In allen drei Fällen bestand Grössenwahn mit zeitweiligen unmotovirten Aufregungszuständen.

Im Ganzen konnte ich aus den Krankengeschichten nicht den Eindruck gewinnen, dass die mit Tuberculose complicirten Fälle von Paralyse sich irgendwie von den gewöhnlichen Fällen unterscheiden; daher hat es auch keinen Zweck, die Krankengeschichten meiner Fälle mitzutheilen. — Doch ist die Zahl meiner Fälle viel zu klein, um mir ein Urtheil hierüber zu erlauben.

Was mir aber auffiel war, dass in zwei meiner drei Fälle die Tuberculose keine Symptome gemacht hatte, also völlig latent verlaufen war, so zwar, dass sie nicht einmal ante mortem war diagnosticirt worden. Nur in einem Fall hatte die tuberculöse Affection sich schon 9 Monate vor dem Tode gezeigt und war auch lästig geworden.

In allen Fällen scheint die Paralyse primär, die Tuberculose secundär aufgetreten zu sein, doch soll damit nicht gesagt sein, dass erstere auch die Ursache der letzteren gewesen sei, zumal da weder langer Anstaltsaufenthalt noch hartnäckige Nahrungsverweigerung mitgewirkt hatten.

Einer der Fälle zeigte bei der Section Meningitis tuberculosa cerebro-spinalis. Er war 7 Tage vor dem Tode plötzlich erkrankt mit Fieber von 39°, Uebligkeit, Brechen, Kopfweh, Fluxion zum Kopf. Auch am zweiten Tag hielt das Brechen an und das starke Kopfweh. Dabei bestand Obstipation und hohes Fieber. Psychisch zeigte er sich nicht verändert. Der Tod trat am 7. Tag nach einem Anfall mit Lähmungserscheinungen besonders rechts und Verlust der Sprache ein.

Ein Fall, der als **acute Paralyse** aufgefasst werden kann, bedarf einer gesonderten Besprechung.

10. Fall.

Pr., Wirth, 39 Jahre alt. Aufgenommen den 27. Febr. 1884, gestorben den 13. März 1884.

Krankheit. — Acute Paralyse bei einer schon mindestens 4 Jahre alten Phthise.

Anamnese. — Die Mutter des Patienten starb an Phthise, sonst keine hereditäre Belastung nachweisbar. Patient war zweimal verheirathet, hatte 4 gesunde Kinder. Schon vor 4 Jahren litt er an Husten mit zeitweiligem Blutspeien. Neujahr 1884 machte er eine starke Hämoptöe durch und wurde darauf hin sehr reizbar, böse, studirte viel, war aber noch bei sich und vernünftig. Vor 16 Tagen nach starker Hämoptöe wurde er sehr aufgeregt und ganz verwirrt, böse und ängstlich, sah Hunde, Polizei, wollte fort. Nachts war er schlaflos. Es folgte grosse Schwäche,

viel Durst und Schweiss, kein Abführen, Abends Fieber — 39.0° — keine Hämoptöe seither, aber verwirrt bis jetzt; in den letzten vier Tagen Steigerung der Verwirrtheit und Aufregung.

Aufnahme am 27. Februar. Temperatur: 38.2, Urin ohne Eiweiss. Sehr abgemagert, somnolent, Augen meist zu, Pupillen mittelweit, gleich. Deutliche Symptome von Phthise: Tief eingesunkene Supraclaviculargruben. Auf beiden Lungen hinten, oben absolute Dämpfung, Bronchialathmen und Rasseln. Am Herzen nichts abnormes.

Fortwährend unruhig, will aufstehen, macht allerlei Bewegungen, giebt auf Fragen nur seinen Namen an, sonst redet er nur verworrenes Zeug. Schläft Nachts auf Chloral 2.0.

28. — Greift den Wärter an und verwundet ihn, zerreisst, dann wird er somnolent, Diarrhœ. Temperatur Abends 39.0.

29. — Trotz Chloral 2.0 nur bis Mitternacht geschlafen, den ganzen Tag unruhig. Temp. Abends 38.3.

1. März. Starker Tremor der Zunge; dieselbe weicht nach rechts ab, auch der Mund geht etwas nach rechts.

4. — Zustand immer gleich. Hochgradige Störung des Bewusstseins, gänzliche Reactionslosigkeit auf Fragen, Aufregung wechselnd mit Somnolenz. Wenig Schlaf Nachts, Husten ohne Auswurf. Temp. 38—39. Oeftere diarrhöische Stühle.

7. — Unruhiger als sonst in der Nacht; fiel 2mal aus dem Bett. Heute wie immer delirirend, dann wieder schlummernd. Nie unrein; geht selbst auf den Stuhl.

9. — Nachts viel Husten. Hält die Beine steif angezogen, Zunge deviirt deutlich nach rechts. Deutliche Schwäche des linken Facialis. Risus sardonicus. Temp. Abends 41.0.

10. — In der Nacht unrein; Knie ganz steif. Temp. am Morgen 40.0, Puls 128 noch kräftig. Delirirt den ganzen Tag.

11. — Temp. 40.6, Puls 140 regelmässig.

12. — Rigidität der Glieder links stärker als rechts. Temp. 38.8—39.6. Patient ist im ganzen ruhiger.

13. — Temp. Morgens 41.0, Puls 130, sehr schwach. Die Zunge ist in fortwährender zuckender Bewegung, ebenso alle Extremitäten. Etwas Lagophthalmus und Strabismus divergens des l. Auges. Exitus.

Körper-Gewicht beim Eintritt 47.5 Kg.
„ „ Tod 43 „

Sectionsbericht (Herr Prof. Roth). — Pthisis pulmonum, Panchymeningitis hämorrhagica duplex. Encephalomeningitis. Follicular geschwüre des Darms.

Sin. long. flüssiges Blut und Speckhaut; Dura dick. Beim Durchschneiden entleert sich Flüssigkeit. Innenfläche l. bedeckt mit einem zarten, grauweissen, leicht abstreifbaren Belag. Vorn die Dura mit zahlreichen, zum Theil confluirenden Ecchymosen, Pia beiderseits ödematös, Venen stark gefüllt. Auf dem l. Scheitellappen zahlreiche Extravasate. Auf der Falx cerebri gelbweisser Belag. Pia an der Basis, hinter dem Chiasma weisslich, trüb. In den Schädelgruben sammelt sich röthliche Flüssigkeit. Hintere und mittlere Grube mit röthlichem Belag. Vordere mit einer grau und roth gefleckten Membran bedeckt.

Pia in den Fossæ Sylvii dunkelgrauroth, keine Knötchen. R. Seitenventrial wenig erweitert, Ependym granulirt. Hinterhorn offen. Schnittfläche blau, von guter Consistenz. L. Hinterhorn an einer hanfkorngrossen Stelle geschlossen. Mittlerer Ventricel etwas erweitert. Pia hält über dem ersten rechten Stirngyrus etwas fester, ebenso über dem 2. und 3. Aehnlich links. Centralganglien, Pons und Medulla oblongata von guter Consistenz; blass. Gewicht 1275 gr.

R. Lunge. — Oberer Lappen: an der Spitze eine wallnussgrosse spitze Höhle. Uebriger Theil des Lappens lufthaltig mit hanfkorngrossen Knötchen durchsetzt.....

R. Lunge. — Oberer Lappen: einige haselnussgrosse Heerde mit zahlreichen Knötchen.....

Epikrise. — Der Fall war intra vitam für eine Meningitis tuberculosa gehalten worden. Die zweifellos bestehende tuberculöse Lungenaffection, der Wechsel von Somnolenz und Coma, verworrenem Delir und kurzer relativer Lucidität, die doppelseitige Muskelstarre, die ebenfalls doppelseitigen convulsivischen Bewegungen im spätern Verlauf, die hohen Temperaturen, schliesslich die partielle Affection des Nervus Oculomotorius und Facialis links, machten diese Annahme zur wahrscheinlichsten. Die Section wies jedoch anatomische Veränderungen, wie sie für die progressive Paralyse bekannt sind, nach.

Dagegen glaubte man die bei Paralysis gener. nicht häufige Pacchymeningitis hämorrhagica in Zusammenhang mit der Lungentuberculose bringen zu können. Auffallend ist, dass nicht nur im Januar nach einer stärkern Hämoptoë der Patient leichte psychische Störungen zeigte, reizbar, böse wurde, »studirte«, sondern dass auch die finale Erkrankung sich unmittelbar an eine starke Hämoptoë an-

schloss. Ob in einem oder beiden Fällen der Blutverlust zur Erkrankung mit Veranlassung gab, oder ob da andre Beziehungen bestanden, wage ich nicht zu entscheiden. Auch in diesem Falle ging zweifellos die Phthise der Psychose lange voraus, ob aber erstere irgend in causalem Zusammenhang mit letzterer stand, ist fraglich.

Ein weiterer Fall, der ætiologisch sich an die alcoholischen, symptomatalogisch an die paralytischen Formen anreiht, anatomisch sich jedoch von beiden unterscheidet, muss ebenfalls gesondert besprochen werden.

II. Fall.[32])

P. 43 Jahre alt, Wirth. Eintritt 23. Juni 1877. Tod 3. Juli 1877.

Krankheit. — Alcoholismus chronicus, Phthisis pulmon. seit mehreren Jahren. Nach einem Anfall Aphasie und Parese der r. Körperhälfte, rasche Besserung und paralytiforme Anfälle. Darauf rapider körperlicher und geistiger Zerfall. Tod durch Meningitis tuberculosa.

Anamnese. — Dieselbe ist sehr dürftig, die Familienverhältnisse sind unbekannt. Früher war Patient gesund, nur machte er mehrere venerische Ansteckungen durch. Von je Potator, trank besonders Absynth. War zweimal mit Delir. trem. hier im Irrenhause, 1872 und 1874. Damals schon erwies er sich arbeitsunfähig wegen körperlicher und geistiger Schwäche (Alcoholismus chronicus).

Vor zwei Jahren machte er eine eitrige Pleuritis l. durch; dabei bestand eine Infiltration der l. Lungenspitze, Kyphose der Lendenwirbelsäule. Der Kranke war geistig sehr schwach, schlief auch schlecht und nur mit Hülfe von Chloral. Dann vegetirte er im Pfrundhaus fort; die Phthise schritt langsam weiter, hier und da zeigte sich abendliches Fieber und Patient war genöthigt, viel im Bette zu liegen. Am 22. März 1877 brach er plötzlich im Bad zusammen, fand keine Worte mehr, war Nachts unruhig und wurde desshalb ins Irrenhaus versetzt.

Status. — Marasmus, verblödet, Phthisis pulm. I. Lendenwirbel ragt stark hervor, ist druckempfindlich, Fieber, Albuminurie. Herz normal, Leber derb. Patient kann nicht stehen, ganz aphasisch, kann kein Wort sprechen, trotzdem die Zunge ziemlich beweglich ist. Die ganze rechte Seite schwächer als die linke. Tremor der Hände; nicht verwirrt. Amnestische Aphasie, Seelentaubheit und Seelenstummheit, Agraphie.

32) S. Jahresbericht des Basler Irrenhauses. 1877. S. 24.

Schon nach zwei Tagen kann Patient mit Unterstützung gehen, fängt auch an, wieder mühsam Worte zu finden. Appetitmangel, Schwindel, Fieber.

28. März. — Paralytiformer Anfall. Patient ist hochgradig benommen, ohne eigentliche Lähmungssymptome, sehr schwach; verlernt wieder die Sprache. Verblödet nun rasch gänzlich und verschlimmert sich. Der Puls wird bei einer Temperatur von 38.2 und 39.0 langsam: 64—72. Patient zeigt die Zunge nicht mehr, macht automatische Bewegungen mit den Armen; der rechte Arm schwächer, steif, doch nicht gelähmt. Diarrhœ. Tod am 3. Juli unter Andeutungen von Opisthotonus.

Section (Herr Prof. Roth). — Caries der Lendenwirbelsäule mit doppelseitigem eingedickten Psoasabscess ohne Perforation, altes, pleuritisches Exsudat (Cholestearin.) zwischen Zwerchfell und linker Lungenbasis. Chronische Tuberculose beider Lungen. Erweiterung des ganzen Herzens. Atherom der Aorta, Parietalthrombose der Aorta asc.

Follicularverschwärung des Cœcums und des Proc. vermiformis mit Unterminirung der Schleimhaut des letzteren. Periorchitis interstit. chron. duplex. Caries des IV. Lendenwirbels. Käsige Auflagerungen auf der dura mater lumbalis. Leptomeningitis spin. et cerebri chron. diffusa. Graue Verhärtung in den Hintersträngen des Rückenmarks. Hydrocephalus chron. bes. internus mit Granulation des Ependyms. Erweichung des untern Umfangs der Stirnlappen mit Adhæsion an die Dura. Eitrige tuberculöse Meningitis der linken Scheitel- und Occipitallappen. Hochgradige Meningitis basalis. Asymmetrie des Gehirns bei schrägem Schädel. Gewicht 1460 gr. Zahlreiche Adhärenzen zwischen pia und falx major. Eine feste Verwachsung nahe der Mittellinie zwischen pia und narbiger Grosshirnrinde. Grosse Hirnarterien intact.

Epikrise. — Wir haben einen sehr reichen und mannigfaltigen Sectionsbefund, der uns die verschiedenen Krankheitserscheinungen wohl erklären kann.

Vor allem dürfen wir die chronische Leptomeningitis, den Hydrops der Ventricel, das Hirnödem wohl als Folge des Alcoholismus chronicus ansehen, unabhängig von der Tuberculose. Dagegen steht letztere gewiss mit der Caries der Lendenwirbelsäule, sowie wahrscheinlich mit der grauen Degeneration der Hinterstränge in Verbindung. Die plötzliche Aphasie und der paralytiforme Anfall haben wohl mit der Tuberculose nichts zu thun, sondern beruhen auf den

Erweichungsheerden an der Basis der Hirnlappen. Dagegen muss die Tuberculose, respective die eitrig tuberc. Meningitis als Todesursache beschuldigt werden. Die Tuberculose, die hier also längere Zeit als einfache zufällige Complication verlief, verursachte schliesslich die schweren finalen psychischen Störungen und den tödtlichen Ausgang.

Alcoholische Psychosen und Tuberculose.

Unter meinen tuberculösen Fällen finden sich 4, die unter den Erscheinungen einer alcoholischen Psychose starben; es betraf drei Männer und eine Frau und zwar mit

Delirium tremens	3
Alcoholismus chron.	1

Von den 36 alcoholischen Psychosen, die hier zur Section kamen, waren somit 4 = 11.1 % mit Tuberculose complizirt.

Das Alter der drei Männer war ein verhältnissmässig hohes, nämlich 42 Jahre, 42 J. und 46 J., im Mittel also 42.5 J., während sonst das Durchschnittsalter unserer Fälle beim Tode für Männer 36½ J. betrug. Dagegen bot die Frau mit Alcoholismus chron. schon mit 34 J. schwere Symptome von chronischer Alcoholvergiftung und starb 36jährig.

Ueber Heredität fand ich leider zweimal keine Angaben; einmal wurde sie geläugnet, einmal bestand hochgradige hereditäre Disposition, indem beide Eltern, ein Bruder und eine Schwester Alcoholiker waren, der Vater sogar an Alcoholismus chron. zu Grunde gegangen war.

Als Getränk wird allemal Schnaps angegeben; einmal wurde seit 20 J. Schnaps getrunken, die Frau trank seit 6 J. täglich einen Schoppen. Nur in einem Fall wurde stärkerer Schnapsgenuss geläugnet, doch wies die Section unzweifelhaft auf solchen hin.

Alcoholismus chronicus konnte in 3 Fällen nachgewiesen werden, in einem Fall fehlten Angaben hierüber.

Epileptische Anfälle konnte ich nie mit Sicherheit constatiren; dagegen machten einmal nächtliche Zungenbisse epileptische Insulte wahrscheinlich, einmal endigten epileptoide Anfälle das Leben.

Das Verhältniss der Tuberculose zu den Psychosen war in den 4 Fällen ein so verschiedenartiges, dass eine gesonderte Besprechung nöthig wird.

12. Fall.

M. Farbarbeiter, 42 Jahre alt. Eingetreten 1. Mai 1882, gestorben 2. Mai 1882.

Alcoholismus chron. Delir. trem. Hier stets benommen, leise delirirend, hohes Fieber, Phthisis pulm. Tod nach zwei Tagen.

Nur zwei Tage hier in Behandlung, Heredität unbekannt, seit 20 Jahren Schnapser, schon lang an Alcoholism. chron. leidend, Verdacht auf epileptische Anfälle (nächtliche Zungenbisse vor 8 Wochen), kam, nachdem er zu Hause 4 Wochen bettlägerig gewesen war und als Arznei viel Grog getrunken hatte, auf die chirurgische Abtheilung, fieng dort an zu deliriren, sah Hunde etc. Pat. hatte angeblich früher nie über Husten geklagt, hier wurde jedoch sofort Phthise diagnosticirt (Dämpfung, tympanisischer Schall, amphorisches Athmen, Fieber, hektische Röthe etc.). Hier war Pat. stets benommen, nur auf eindringliche Fragen Antwort gebend und zwar richtig. Stille Delirien, Visionen, zuweilen lachendes Gesicht, kein Krankheitsgefühl. Temp. 39.2°. Pat. starb schon am zweiten Tage.

Körpergewicht 45.5 Kg.

Section (Herr Prof. Roth). — Phthisis pulm. Tuberculöse Geschwüre des Dünndarms, Erweiterung und Thrombose des linken Ventricels. Leptomeningitis chronica.

Epikrise: Also ein Fall von asthenischem, fieberhaften Delir. tremens ohne ungewöhnliche Symptome. Das Fieber kommt wahrscheinlich auf Rechnung der Phthise, die wohl auch am tödtlichen Ausgange die Hauptschuld trägt. Ob der Ausbruch des Delirs mehr dem gehäuften Groggenuss oder der Abstinenz auf der chirurgischen Abtheilung oder der Phthise zuzuschreiben ist, wage ich nicht zu entscheiden. Beiläufig will ich auf das Ueberwiegen der heiteren Stimmung aufmerksam machen, die von Speyr für das Delir. trem. bei fieberhaften Krankheiten in Anspruch nimmt.

13. Fall.

G. Locomotivführer, 42 Jahre alt. Eingetreten 30. April 1884, gestorben 5. Mai 1884.

6tägiges Delir. tremens febrile. Gelegenheitsursache: Phlegmone des r. Arms. Tuberculose nur zufällige Complication. Tod.

Jede Heredität geläugnet, nur mässiger Schnapser (angeblich!). Abgesehen von einer Hautaffection, gesund bis vor zwei Tagen. Kam wegen dieses, zum Theil pustulösen, zum Theil nekrotisirenden Hautausschlags auf die medic. Abtheilung, begann dort zu fiebern bis 39.4° und zu deliriren.

30. April. Aufnahme. Tremor, Benehmen wie bei Delir. trem. Urin ohne Eiweiss.

1. Mai. Ganze Nacht schlaflos, in Zelle herum vagirt. Abends 38.5. Lungenbefund negativ.

2. — Ganze Nacht schlaflos, doch ruhiger, mehr im Bett. Temp. 38.4. Tags über etwas Schlummer.

3. — Ruhig im Bett, Tags schlummernd, aber kein fester Schlaf. Beständig sehr starkes Zittern des Körpers, viel extensiver als beim Delir. tremens, und Kaubewegungen, Temp. 39.5°, Puls 120. Urin enthält etwas Eiweiss. Leichter Icterus der Sclera. Benommen, antwortet aber richtig auf Fragen, keine Delirien.

4. — Nachts Delirien, kein Schlaf. Immer Kaubewegungen. Dyspnœ. Temp. 40°. Puls 124. Tags benommen, somnolent, Schwellung des rechten Arms.

5. — Nachts somnolent, Delirien Collaps, Zuckungen an den Gliedern, Pupillendifferenz, Tod.

Section (Hr. Prof. Roth). — Phlegmone des rechten Arms, Psoriasis. Leptomeningitis chronica. Tuberculose der linken Lunge. Nephritis parenchymatosa. Fettleber, Gastritis chronica.

L. Lunge. — An der Spitze bohnengrosse schiefrige Induration, sonst lufthaltig, röthlich ödematös. In der Nähe der Spitze noch graue Knötchen. Unterer Lappen lufthaltig, dunkelroth, ödematös, Basis atelectatisch.

R. Lunge. — Oberer Lappen lufthaltig, unterer Lappen dunkelroth, ödematös, an der Basis atelectatisch.

Epikrise. — Also wieder ein Fall von fieberhaftem Delirium tremens. Offenbar muss hier die Tuberculose als eine rein zufällige Complication angesehen werden, die weder mit dem Ausbruch des Deliriums noch mit dem tödtlichen Ausgang in causalem Zusammenhang stand. Jeden-

falls dürfen wir die von der pustulösen, nekrotisirenden Hautaffection ausgehende Phlegmone als Ursache des Fiebers ansehen, somit auch als Gelegenheitsursache für den Ausbruch des Delirs und direct oder indirect auch des tödtlichen Ausganges. Die Section ergab verschiedene Folgezustände des Alcoholismus chron.

Der somit schon lange geschwächte Körper konnte natürlich der schweren Erkrankung erliegen, auch ohne dass erst Lungentuberculose dazu kommen musste.

Abweichend vom gewöhnlichen Krankheitsbild des Delir. trem. waren einmal die längere Dauer des Delirs (6 Tage, während nach von Speyr[33]) die Durchschnittsdauer 3.8 Tage hier betrug); sodann die starken Zitterbewegungen des ganzen Körpers, die Kaubewegungen und die Zuckungen, schliesslich das hohe Fieber, das eben auf Rechnung der Phlegmone kam.

14. Fall.

F., Gärtner, 46½ Jahre alt. Eintritt: 20. Jan. 1880, gestorben 24. Jan. 1880.

9tägiges Delirium tremens bei acuter Miliartuberculose der Pia, Lungen, Leber etc. Alcoholismus chron. Schon einige Jahre lungenkrank. Meist stark benommen, hohes Fieber, heitere Stimmung, lebhafte Hallucinationen.

Alter Schnapser. Heredität unbekannt, früher schon einmal gestört, keine Epilepsie, aber Alcoholismus chronicus; schon früher Blutspucken; seit 6 Wochen im Bett wegen Husten, Abmagerung, Appetitlosigkeit; seit 3 Wochen kein rechter Schlaf, seit 8 Tagen schlaflos, nichts essend. Seit 5 Tagen Delirien, Unruhe, Fieber, Verstopfung, viel Husten, heute Blutspucken (?). Bei der Aufnahme sehr heruntergekommen, Dämpfung und Bronchialathmen, Herzaction unregelmässig, starker Tremor der Hände und des Rumpfes, Pupillen r. grösser als l. Temp. 38.2. Puls 106, kaum fühlbar; Retentio urinæ, Urin ohne Eiweiss. Druck überall schmerzhaft. — Stark benommen, leise Delirien. Giebt nur seinen Namen an, will fort; Hallucinationen des Gesichts, Gehörs, Gefühls. Allerlei Greifbewegungen.

33) Die alcoholischen Geisteskrankheiten im Basler Irrenhause. Inaugural-Dissertation. 1882.

21. Januar. Unruhiger Schlaf, Temp. 38.0°, Puls 100. Hallucinationen. Nachmittags unruhig, delirirt leise. Stimmung heiter, lacht oft. Abends Temp. 39.1. Antwortet kaum. Cathetrisation. Kein Stuhl.

22. — Fäden mit Finger drehend. Delirirt leise. Puls schwach, über 100. Lebhafte Hallucinationen. Retentio urinæ, kein Stuhl.

23. — Delirirte die ganze Nacht laut, Flockenlesen. Antwortet, dass ihm wohl sei. Druck auf dem Leib schmerzhaft. Nachmittags wird Pat. schwach, guter Stimmung, Musculatur starr. Retentio urinæ.

24. — Unruhige Nacht. Sehr schwach. Verschluckt sich. Tod.

Section (Herr Prof. Roth). — Acute Minartuberculose der Lungen, Nieren, Leber, Pia. Schiefrige Induration der beiden Lungenspitzen. Tuberculöse Geschwüre im Darm. Pleuritis adhäsiva duplex, Thrombose des Sinus longitudinalis.

Epikrise. — Ein 9tägiges Delirium bei einem Alcoholicer, der an acuter Miliartuberculose der Pia, Lungen etc. starb. Es ist schwierig zu sagen, was im Krankheitsbilde dem Alcoholismus und was der Tuberculose der Pia zuzuschreiben ist. — Jedenfalls ist auffallend das geringe Hervortreten der für Meningitis tuberc. mehr oder weniger charakteristischen Störungen. Dass es sich nicht um einen einfachen Fall von Delirium tremens handelte, konnte schon aus der längern, 9tägigen, Dauer des Delirs geschlossen werden.

Sehr interessant ist in verschiedener Hinsicht der folgende Fall.

15. Fall.

H., Hausfrau. 36 Jahre alt. 30. April 1881 bis 13. Juni 1881. 14. Mai 1883 bis 8. Juni 1883.

Alcoholismus chronicus, im Verlauf dessen nach einem Anfall von Delir. tremens sich Symptome zeigten, die eine beginnende Paralyse fürchten liessen. — Baldige Besserung und Entwicklung eines alcoh. chron. Verfolgungswahns. — Entlassung und neuer Schnapsmissbrauch. Wiedereintritt nach 2 Jahren im Zustande grosser Verwirrtheit und fast völliger intellectueller und moralischer Dementia. Tod. Latenz der phthis. Symptome.

Patientin, Potatrix strenuissima, trat zwei Jahre vor ihrem Tod ein mit Symptomen vorerst eines fieberlosen Delirium tremens, nach circa 4tägiger Dauer trat das Delirium zurück; dagegen bot nun die Kranke neben den gewöhnlichen Erscheinungen des Alcoholismus chron. Symptome dar, die den Beginn einer Paralysis progr. fürchten liessen: Hochgradige intellectuelle und moralische Verblödung, schwere Bewusstseinsstörung, Andeutungen motorischer Störungen, wie leichte Facialisparese r., fibrilläre Zuckungen der Zunge, Ataxie derselben, Sprachstörung, Pupillendifferenz, zeitweise Aufregungszustände, schwankender Gang, grosse Schwäche, besonders in den Beinen, Steigerung der Patellarreflexe.

Ziemlich rasch, in 14 Tagen, trat bedeutende Besserung ein. Die Patientin kam wieder zum Bewusstsein; der Gang, die Sprache wurden sicherer; das früher ausdruckslose Gesicht belebte sich wieder etwas. Dagegen traten nun mehr und mehr allerlei Sinnestäuschungen auf, Hallucinationen des Gefühls, besonders solche sexueller Natur (Pat. fühlte sich geschlagen, gestochen, allnächtlich sexuell misshandelt), des Gehörs (Pat. hörte Stimmen, die sie Hure nannten) und des Gesichts. Parallel damit entwickelte sich Verfolgungs- und leichter Grössenwahn. Während die oben geschilderten paralytischen Symptome immer mehr abnahmen, blieb dieser hallucinatorische Verfolgungswahn stabil, ebenso die entschiedene geistige Schwäche. Die Ernährung der Pat. hatte trotz der Besserung bedeutend abgenommen.

Körpergewichte.

1881	*Klg.*
IV. 30	48
V. 9	47.5
23	48
30	47
VI. 7	46
12	46.5

So wurde Pat. entlassen als Verrückte auf alcoholischer Basis und intellectuell wie moralisch Geschwächte.

Zu Hause begann sie bald wieder zu schnapsen, doch nicht mehr in dem Grade wie früher. Zwei Jahre später wird sie von neuem gebracht, in völlig verwirrtem Zustande und äusserst lebhaft hallucinirend. Hier und da bot sie freiere Momente, wo sie einfachste Fragen zu beantworten im Stande war, sonst blieb sie bis an ihr Ende verwirrt, im Ganzen den Eindruck einer hochgradig verblödeten Person machend. Kurz vor dem Tode waren mehrere epileptische Anfälle aufgetreten, die Sensibilität erwies sich als herabgesetzt, der Fusssohlenreflex vermindert, die Pupillen waren different.

1883	
V. 14	42
VI. 4	40.5

Die Section (Hr. Prof. Roth) ergab: Phthisis pulmon. et intestin. Pleuritis adhäsiva dextra. Fettdegeneration des Herzens, käsiger Herd der r. Niere. Cystitis, Perimetritis. Oedem der Pia.

Epikrise. — Also nichts, was auf Paralyse Bezug hat. Es handelt sich um einen jener Fälle von Alcoholismus chronicus, die fast alle typischen Initialsymptome der Paralyse darbieten, sich jedoch bei richtiger Behandlung, das heisst Abstinenz von Alcoholicis völlig erholen können

und, wenn sie zur Section gelangen, keine der für Paralyse charakteristischen anatomischen Veränderungen darbieten.

Auffällig ist, dass in der ganzen 9 Wochen umfassenden Krankengeschichte nirgends Lungensymptome erwähnt werden. Die Phthise scheint also völlig latent verlaufen zu sein.

Ich glaube nicht, dass die Phthise für die Entwicklung der Psychose hier irgendwie verantwortlich gemacht werden kann, auch nicht für den tödtlichen Ausgang, dazu waren die Lungenveränderungen noch zu geringfügig. Eher glaube ich, dass der Alcoholismus chronicus durch seinen schwächenden Einfluss auf den Körper die Entwicklung der Tuberculose begünstigt hat.

Angesichts dieses Falles möchte ich noch die Frage aufwerfen, ob die Bemerkung von Speyer's,[34]) das Delirium tremens könne sich nicht in chronische Verrücktheit umwandeln, sich noch halten lässt. Ich zweifle daran.

Dagegen kann ich verschiedene Bemerkungen desselben Autors über das Delir. trem. bei fieberhaften Krankheiten bestätigen. So finde ich das schon früher erwähnte Vorwiegen der heiteren Stimmung in zwei meiner drei Fälle betont. Sodann die Bemerkung, dass, was dem Delirium an Heftigkeit zu fehlen scheint, ihm durch längere Dauer ersetzt werde. Alle unsere drei Fälle zeichneten sich aus durch den milden Charakter ihrer Delirien und zwei derselben durch die längere Dauer, indem der eine 14 Tage, der andre 6 Tage hindurch delirirte.

Es folgen nun 5 Fälle von

Tuberculose mit Melancholie,

davon einer der periodischen Form angehört.

34) l. c. S. 32.

16. Fall.

B. Student. 22 Jahre alt. 6. Mai 1875 bis 17. Mai.

Aufgeregte Melancholie, zu Beginn der Tuberculisirung initiale Depression. Phthisischer Charakter. Hochgradige tuberc. und neuropath. Belastung. Phthisis primär. Tod.

Pat. ist hochgradig hereditär belastet und zwar sowohl tuberculös als neuropathisch; eine Cousine gleichen Namens starb hier tuberculös und geisteskrank. — Von je war Pat. ein eigenthümlicher Charakter, hypochondrisch, ängstlich, intelligent, phantasievoll. Schon längere Zeit Magenkatarrh (?) und Kopfweh. Am 2. Jan. 1878 Infiltration der r. Lunge, dann der l. Damit leichte psychische Störung, mehr Depression, aber auch unbegründete Hoffnung auf Genesung. Beginn der Geistesstörung am 18. April 1878 mit nächtlicher Aufregung, eigenthümlichen Trieben, z. B. seinem Onkel und Wohlthäter alle Schande zu sagen. Nun fast allnächtlich Angstanfälle und Aufregung, wobei er brüllt, sich und den andern die schändlichsten Dinge sagt, besonders sexueller Art; Trieb, sich die Zunge abzubeissen, die Genitalien auszureissen und daher Angst. Fieber, kaum Husten. Seit dem 2. Januar nie fieberfrei.

Bei der Aufnahme am 6. Mai 1878 enorm mager, Gewicht 41 Kil.; Temp. 38.1, Puls 136; blass, schmal, Decubitus, kaum Husten, wenig Auswurf. Lungen: R. ganz gedämpft tympanitisch, metallisches Rasseln. Psychisch: Grosse Depression, Selbstanklagen, dabei Trieb zu schreien und fluchen. Abends Angstanfall mit rothem Kopf, dann Stupor.

		Klg.
7. Mai.	Zwei Angstanfälle, sonst dankbar für alles.	V. 7 41.
8. —	Weniger klar, vermisst Mitgefühl bei den Aerzten; macht Vorwürfe wegen ihres Zweifels an Gott und Christus. Angst, lange leiden zu müssen, was die Andern doch nicht rühre.	14 42.5
9. —	Krampfanfall wie bei Paralytikern; schon früher zu Hause ein solcher Anfall, wobei Gesicht, Oberleib und die Arme zuckten.	
10. —	Schimpft gegen den Wärter; ängstlich, frägt, ob nicht doch Heilung möglich sei; bittet um eine Zelle, da er sich nicht enthalten könne, zu schreien. Starkes Fieber.	
11. —	Erregt; weist einen Besuch ab; Nahrungsverweigerung, schimpft, besonders sexuell, dann verstimmt, ärgerlich.	
12. —	Ruhiger; viel klumpiger, schleimig-eitriger Auswurf mit Blut. Launisch; für Speisen besonders empfindlich und wählerisch. Wahnidee, er habe Haare verschluckt, könne nicht sterben. Schwach.	
14. —	Dyspnoë, reichliche Sputa. Durch einen Besuch erregt, jammert viel.	
15. —	Jammert viel; durch sein Leiden ärgerlich, empfindlich, leicht zu Reaction geneigt, oft auch sehr dankbar.	
17. —	Tod.	

Section (Hr. Prof. Roth). — Ausgebreitete, in Verkäsung übergehende Tuberculose der ganzen rechten Lunge und des l. Unterlappens. Erweiterung des l. Ventricels, enge Aorta, Fettdegeneration des Herzens. Hydropericard. Pleuritis adhæsiva et recens tuberculosa dextra. Miliartuberculose der Nieren. Zahlreiche tuberculöse Geschwüre des Dünndarms, beginnende Tuberculose der Mesenterialdrüsen. Fettleber, acuter Milztumor.

Epikrise. — Patient erkrankte bei grosser hereditärer Belastung zuerst an Tuberculose, später erst an Melancholie. Doch machte sich schon zu Beginn der Tuberculisirung eine psychische Depression neben unbegründeten Hoffnungen auf Genesung geltend, also jene initiale Depression, die von so vielen Beobachtern erwähnt wird.

Die spätere Psychose war charakterisirt durch Angstanfälle mit allerlei eigenthümlichen Trieben und Zwangsreden; in zweiter Linie durch das eigenthümlich launische, wetterwendische, empfindliche, reizbare Benehmen des Kranken in der Zwischenzeit, während er zeitweise liebenswürdig, freundlich, für jeden kleinen Dienst dankbar war, konnte er im Handumdrehen wieder unangenehm, abstossend werden, schimpfen und sich über alles mögliche und unmögliche beklagen. Dieses launische Wesen machte sich auch bei der Auswahl der Speisen geltend; und während er heute dringend Gift verlangt, um sich von seinen Leiden zu befreien, frägt er morgen ängstlich, ob nicht doch noch Rettung möglich sei. Kurz, ein Typus jenes phthisischen Charakters, wie er z. B. von Jacobi und Clouston geschildert wird. Welche Beziehungen die Krampfanfälle hatten, ist mir unklar. Auffallend ist, wie wenig Patient im Ganzen trotz der bedeutenden Lungenzerstörung vom Husten geplagt war.

17. Fall.

M., Hausfrau. 31 Jahre alt.
I. Eintritt 20. Nov. 1881. — I. Austritt 7. Mai 1882.
II. „ 21. Juni 1882. — II. „ 12. Okt. 1882.

Hypochondrisch-hysterische Melancholie mit Beginn der Tuberculose. Nach 1 Jahr psychische Genesung, nach $1^1/_2$ Jahren Tod an Phthise, geistig gesund.

Pat. ebenfalls hereditär disponirt zu Tuberculose und Psychosen; eine Schwester war hier melancholisch, drei Geschwister starben an Phthise. Sie selbst war von je tiefsinnig, nahm alles schwer auf. Offenbar schon lange scrophulös, Drüsenanschwellungen, Fistel am Hals einer schon lange eiternden Drüse. Seit einem Vierteljahr Depression, angeblich nach einem Traum; den ganzen Sommer durch war sie matt; vor 4 Wochen Angstanfälle, dann 3 Wochen im Spital wegen Lungencatarrh. Gestern erneuter Angstanfall; meinte, sie müsse sich ein Leides anthun.

Bei der Aufnahme am 20. Nov. 1881 elend, anämisch, scrophulös.

Lungen: R. V. O. leichte Dämpfung, Athem flach. R. H. O. und R. V. O. verschärftes Vesiculärathmen mit feinem Rasseln.

Psychisch bei klarem Bewusstsein, matt, energielos, deprimirt, die Stimme schwach, Sprache langsam. Pat. besserte sich allmälig, wurde muntrer, auch das Aussehen besserte sich, der Husten nahm ab; hie und da, besonders zur Zeit ihrer Periode, verstimmt, leicht ängstlich, hypochondrisch, für ihren Körper ängstlich besorgt; zuweilen hysterische Symptome, ein Gefühl, als ob ihre Beine von Blei wären, Globus hystericus; stets etwas Constipation.

Konnte am 7. Mai entlassen werden, gieng aufs Land. Dort wurde sie religiös sehr bearbeitet und kehrte desshalb Anfang Juni nach Hause zurück in ihr geräuschvolles Logis. Anfangs giengs gut, doch bald fühlte sie sich von neuem ruhelos und ängstlich. Wiedereintritt am 21. Juni; blieb dann bis am 12. Oktober desselben Jahres hier.

Leichte Depression, zeitweise Bangigkeiten dauerten an bis im September, ebenso etwas Constipation. Am 12. Okt. konnte Pat., geistig normal, abgesehen von etwas hypochondrisch hysterischen Beschwerden, entlassen werden. Sie blieb auch geistig gesund und starb später auf der Geb.-Abtheilung an:

Section (Hr. Prof. Roth). — Phthisis pulmonum. Caries des II. und III. Lendenwirbels. Doppelseitiger Psoasabscess. Enteritis follicularis. Pyelitis und Metritis tuberc. dextr. Amyloidegeneration der Milz, Nieren, Leber. Hydrops, Peritonitis. Thrombose des Sinus longitud. Embolie der r. Lungenarterie. Narben der Magenschleimhaut.

		Klg.
XI.	20	47.5
	28	49
XII.	5	51.5
	12	53
	26	54
I.	16	54
II.	7	56
	20	55
III.	3	55
	17	53
	31	53.5
IV.	16	54
	21	52
V.	5	51
VI.	20	52
VII.	3	52.5
	17	54
	31	53
VIII.	14	54
	28	53.5
IX.	11	53.5
	25	53.5
X.	9	53

Epikrise. — Es handelt sich somit um eine hypochondrische hysterische Melancholie, die nach 1jähriger Dauer in völlige Genesung überging, während die Tuberculose fortschritt und zwei Jahre später zum Tode führte. Es frägt sich, welche Beziehungen haben die beiden Krankheiten zu einander gehabt?

Jedenfalls bestand die Scrophulose schon lange vor der Psychose. Dagegen scheinen sich die ersten tuberculösen Lungensymptome so ziemlich gleichzeitig mit den ersten Störungen der Psyche gezeigt zu haben. Es ist daher wohl erlaubt, die beginnende Tuberculisirung als Grund oder wenigstens als Gelegenheitsursache der Melancholie aufzufassen oder die Melancholie als Symptom der beginnenden Tuberculisirung. Es wäre denkbar, dass die Patientin ohne den Ausbruch der Tuberculose auch nicht geisteskrank geworden wäre. Es handelt sich somit wieder um einen jener Depressionszustände, wie sie die beginnende Tuberculose so oft begleiten.

Irgend welche Abnormitäten im Verlauf der Melancholie oder irgend welche Beeinflussung derselben im Sinne der Hemmung oder des Alternirens durch den Gang der Tuberculose ist nicht zu erkennen, so wenig wie umgekehrt eine hemmende Beeinflussung der Tuberculose durch die Psychose. Beide Krankheiten besserten sich im Laufe der Anstaltsbehandlung so ziemlich parallel.

Wohl mit einer der interessantesten Fälle war

18. Fall.

Frau Schm., Lehrersfrau, 42 Jahre alt.

Periodische Melancholie auf Grund hochgradiger tuberculöser und neuropathischer hereditärer Belastung. Ein Bruder ebenfalls phthisisch und geisteskrank. Auffallende Latenz der phthisischen Symptome, sowie mehrmaliges Alterniren derselben mit den psychischen. Tod an Phthise.

Es handelt sich wiederum um eine hereditär schwer belastete Person. Der Grossvater (mütterl. Seits) starb melancholisch durch Suicidium. Die Mutter hatte ein Rückenmarksleiden. Ein Bruder kam 1886 phthisisch und geisteskrank in die Anstalt, nachdem er mehrere misslungene Selbstmordversuche angestellt hatte. Patientin selbst war in der Jugend zu Trübsinn und Grübelei geneigt. Zwei Kinder derselben sind gesund.

Pat. war schon zweimal leicht melancholisch, 1875 und 1878, jeweilen 8—10 Wochen lang. Dreimal wurde sie hier wegen Melancholie aufgenommen.

I. Aufnahme: 23. Dec. 1880 bis 31. März 1881.

Seit 6 Wochen hat Pat. allerlei unbegründete Befürchtungen, Lebensüberdruss, zeitweise Angstanfälle, wo sie sich am Boden wälzte, schrie. Ein Suicidiumsversuch misslang. Der Schlaf war schlecht, der Appetit ordentlich.

		Klg.
XII.	23	38.5
	31	39.5

Bei der Aufnahme war sie schwach und mässig ernährt; die Wangen geröthet, kein Husten, kein Fieber.

Lungen: L. O. ober und unter der clavicula Dämpfung, auch R. ist der Schall nicht sehr voll. L. reichlich Rasseln. V. wie H. R. normale Inspiration, leicht verlängertes Exspirium, kein Rasseln.

Psychisch klar; sieht das Unbegründete ihrer Befürchtungen ein. Sehr unglücklich, wolle lieber sterben. Matt. Nachts ängstlich.

27. Dec. Schlaflos, viel Angst. Hallucinationen des Gesichts; sah eine Menge schrecklicher Gestalten und Thiere; hörte Hunde bellen, sprang mit dem Kopf durchs Fenster und suchte sich dann mit Glasscheiben am Halse zu schneiden. Periode.

Januar. — In der ersten Hälfte des Monats eher Verschlimmerung des psychischen Zustandes, starke Depression besonders Morgens, oft heftige Angstanfälle mit Beengung, wo Pat. fort will. Verschiedene Suicidiumsversuche, allerlei Wahnideen, Selbstanklagen, sie habe Häuser angezündet, ihren Mann erwürgen wollen, sei die schrecklichste Sünderin.

I.	7	40
	14	39
	28	39

L. O. Dämpfung — 4. Rippe und Rasseln.

L. H. Dämpfung — Angulus scap., stellenweise Bronchialathmen, schnurrende, pfeifende Geräusche. Dabei kein Fieber, kein Husten, keine subjectiven Beschwerden von Seiten der Lunge.

In der zweiten Hälfte des Januar besser, keine Angstanfälle mehr, keine Wahnideen, denkt ruhiger, wird hoffnungsvoll.

Februar. — Fortschreitende geistige wie körperliche Besserung. Nie Husten oder Fieber. Zunahme des Gewichts. Besseres Aussehen. Erinnerung nur summarisch.

II.	4	34
	11	39.5
	18	38.5
	25	39

März. — Nie Angst. Kein Fieber, noch sonstige Symptome von Seiten der Lunge. Auf der ganzen linken Seite reichliches Rasseln, auch R. über der Clavicula und unter derselben. Nur ganz wenig Husten, viel Kopfweh.

III.	4	38.5
	11	39.5
	18	40.5

12. — Oft Diarrhœ; willenskräftig, ruhig, afebril. Wenig Husten, objectiv dagegen Fortschreiten der Phthise erkennbar.

	30	40

16. — Diarrhœ, mehr Husten, Auswurf reichlich, zähe, grüngelbe Sputa, allenthalben reichliche Rasselgeräusche. — Ziemlich heiter und guten Muthes.

23. — Husten und Auswurf noch ziemlich reichlich; kein Fieber. Ruhige, ziemlich heitere Stimmung.

26. — Kein Fieber, aber viel Husten mit ziemlichem Auswurf. Macht sich nicht viel daraus, meist ruhig und zufrieden, selten gedrückt.

31. — Austritt. In den letzten Tagen viel Kopfweh und viel Husten mit ziemlichem Auswurf. Die Phthise hat entschiedene Fortschritte gemacht, bes. Rechts. Doch nie Fieber. Verhältnissmässig gutes Aussehen und guter Appetit. Immer etwas still, freundlich.

II. Aufnahme: 5. Sept. bis 21. Okt. 1882.

Nach dem Austritt am 31. März 1881 war Pat. zu Hause psychisch wohl, fröhlich, nur oft zu fleissig, zuweilen wegen Husten im Bett. Im Februar überfiel sie eine Hämoptœ, seitdem sehr viel Husten, viel gelbe, eitrige Sputa, Abnahme der Kräfte und des Appetits. Seit Mai oft verstimmt, erregbar, viel Sorgen, besonders bei der Periode Aengstlichkeit, Zornmüthigkeit. Seit 8 Tagen schwer, ängstlich, seit 3 Nächten kein Schlaf, zeitweise sonst auch aufgeregt, schwatzte in einem fort, zeitweise wortkarg.

Status. — Lungen: Beidseits oben Dämpfung, L. O. absolut, R. O. H. — Mitte scapulæ. L. V. unter der Clavicula Schall des gesprungenen Topfes. Athmung: R. O. V. unbestimmt, zahlreiche, gross- und kleinblasige Rasselgeräusche, zum Theil auch klingende. R. O. H. Exspirium bronchial, Inspirium unbestimmt, Rasseln, Rhonchi sonori et sibilantes. — L. V. und L. H. unbestimmtes Athmen, Rasseln und Rhonchi, Exspirium verlängert. — Viel Husten und eng, Abends Fieber. Am l. Vorderarm Fisteln. Pat. ist geistig klar. Fühlt sich bald viel freier, arbeitet mässig, viel Husten mit eitrigem Auswurf. Bleibt so ruhig bis zum 21. Oktober, Nachts zuweilen durch starken Husten geplagt. Immer zufrieden, oft sogar heiter, selten leicht deprimirt. Austritt 21. Okt. 1882.

III. Aufnahme: 15. März 1883. Tod 20. Juni 1883.

Nach der Entlassung war Frau Schm. 4 Wochen geistig gesund, nur der Husten war sehr stark, viel eng, Schwindel, dabei aber fröhlich. Dann kam eine neue Hämoptæ, starke Engigkeit, Fieber, Appetitlosigkeit, Schmerzen in der Brust, grosse Schwäche. Den ganzen Winter brachte sie im Bette zu, immer mit Fieber, starkem Husten und viel Auswurf. Im Februar 1883 fieng ihr alles zu verleiden an; es trat Angst, Depression hinzu, Pat. wurde unglücklich, wortkarg. Vor 14 Tagen mit den Menses Steigerung der gedrückten Stimmung und Selbstmordideen. Von der Periode an bleibt der Husten allmählig zurück. Körperlich fühlte sich Pat. wohler, kam dann von selbst in die Anstalt. 15. III. 83.

Status. — Grosse Abmagerung, eingesunken, hektisch; l. Hälfte des Thorax hebt sich weniger wie die rechte. Pat. fühlt sich hier freier. Morgens ist ihr sehr schwer, während der Husten fast ganz verschwunden ist. Wünscht selbst, der Husten käme besser heraus, dann wäre ihr auch wieder leichter zu Muthe. Hat hier keine Suicidiumsgedanken mehr.

			Klg.
22. März. Morgens mehr Angst und Depression; kein Husten mehr, kein Auswurf.	III.	15	37
11. April. Hie und da Ohnmachten. Arbeitet fleissig, hustet nur selten, sehr wenig Auswurf. Oft Angst. Körperlich ist ihr noch nie so wohl gewesen; hat Angst vor allem möglichen.		26	38
	IV.	2	37.5
		16	38.5
		30	37.5
25. — Meist sehr deprimirt, sehr wenig Husten.			
3. Mai. Sehr deprimirt; aufgeregt, mit rothem Kopf, weint laut, Trieb, wüste Worte gegen ihre Mit-Pat. auszusprechen.	V.	7	37
		21	36
5. — Aufregung, will schlagen. Sie sei wüthend, sei ein Thier, müsse die andern umbringen, weil sie Nachts nicht habe sterben können; will beissen. Fieber. Frische Infiltration der l. Lungenspitze mit Dämpfung und Knisterrasseln.			
6. — Morgens unruhig, will fort, zum Fenster hinaus, will schlagen, ist schwer benommen. Wird später ruhiger.			
9. — Oefters aufgeregt, besonders Morgens. Fühlt den Drang, sich und andere umzubringen und heftige Worte auszustossen.			
16. — Schwere Selbstanklagen, sie sei der Teufel, eine Mörderin.			
23. — Schrie letzte Nacht laut, musste isolirt werden. Jammert fortwährend, darf nicht essen, will fort.			
Juni. Nahrungsverweigerung. Seit dem 5. Fieber, geistig freier, ruhiger, aber noch viel Wahnvorstellungen: „sie muss braten, ist schuld am Gewitter.“	VI.	4	36
13. — Selbstanklagen, fühlt sich unglücklich, Husten gering, Oedeme der Füsse. Urin ohne Eiweiss. Abends Collaps.			
14. — Afebril.			
16. — Oedem der Hände, Dyspnœ. H. U. L. Scharfes unbestimmtes Athmen. H. U. R. Zahlreiche Rasselgeräusche. Bronchialathmen.			
19. — Cyanose und Angst.			
20. — Tod.			
Section (Hr. Prof. Roth). — Phthisis pulmon. Hypertrophie des rechten Ventricels.			

Epikrise. — Patientin ist eine sehr schwer belastete Person, es erklärt sich so die Form der Psychose, die doch wohl als periodische Melancholie aufzufassen ist. Nicht weniger als drei Familienglieder litten an Selbstmordsucht (der Grossvater [m. s.], die Patientin selbst und ihr Bruder). Aber gleichzeitig scheint eine grosse Disposition zu Tuberculose in der Familie zu herrschen, da zwei Geschwister daran erkrankten.

Die Melancholie der Patientin geht als melancholisches Temperament wahrscheinlich bis in die frühe Jugend zurück,

wenigstens war Patientin immer zu Trübsinn und Grübelei geneigt. — Eigentlich krank war sie

zum ersten Mal im 35. Jahr,
» zweiten » » 38. »
» dritten » » 40. »
» vierten » » 41½ »

Wir sehen also die einzelnen Krankheitsperioden immer rascher aufeinander folgen. Die Auffassung dieser Melancholie als einer exquisit hereditären periodischen schliesst ihre Entstehung auf Grund der Phthise aus.

Aber auch die Phthise dadirt jedenfalls schon von sehr frühe, wenigstens waren die Lungensymptome bei der ersten Aufnahme bereits sehr bedeutend.

In hohem Grade auffallend war schon bei der ersten Krankheit, dass trotz der zweifellos bestehenden beträchtlichen objectiven Lungensymptome, so zu sagen keine subjectiven Erscheinungen sich zeigten. Wiederholt wird betont, dass kein Husten oder Auswurf, kein Fieber, keinerlei Lungensymptome überhaupt zu beobachten waren. Im selben Maasse aber, wie die psychische Erkrankung zum Besseren sich wandte, wie Depression und Angst verschwanden, zeigte sich Husten und Auswurf, anfangs »wenig«, später »reichlich«, zuletzt bei der Entlassung »viel Husten«. Dass aber während dieser Zeit anscheinbaren Stillstandes der Lungenerkrankung dieselbe in Wirklichkeit doch fortgeschritten war, zeigte die physicalische Untersuchung.

Die Kranke brachte nun 1½ Jahr zu Hause zu, geistig munter, unternehmungslustig sogar, aber viel vom Husten geplagt, Hämoptœ und Abnahme der Kräfte, Appetitlosigkeit zeigten das Weiterschreiten der Phthise an. — In der letzten Zeit wurde die Kranke aufgeregt, ängstlich deprimirt und trat deshalb von neuem ein. Die Untersuchung wies eine grosse Verschlimmerung des Lungenstatus nach. — Sofort nach der Aufnahme trat Besserung im psychischen Befinden ein, während der Husten in mässigem Grade weiter bestand. — Nach 6 Wochen verliess Patientin die Anstalt.

Draussen war sie psychisch wohl, fröhlich, nur war der Husten stark, Patientin litt viel an Athemnoth. Es kamen Hämoptoe, Fieber, Appetitlosigkeit, grosse Schwäche hinzu. So brachte sie fast den ganzen Winter im Bett zu, durch Husten geplagt, psychisch aber frei. Wiederum entwickelte sich Depression, Angst mit Suicidiumsgedanken, welche Symptome sich bei der eintretenden Periode so steigerten, dass Patientin zum dritten Male aufgenommen werden musste. Von dieser Periode an blieb aber der Husten allmählig zurück, die Kranke fühlte sich körperlich wohler. Der objective Befund entsprach jedoch keineswegs dieser subjectiven Besserung. Die Kranke blieb nun stark deprimirt, während der Husten fast ganz verschwand und von Seiten der Brust nichts zu klagen war. Ja, Patientin wünschte selbst, dass der Husten mehr heraus käme, dann wäre ihr auch wieder leichter zu Muthe. Während in Bezug auf das körperliche Befinden öfters bemerkt wird, dass dasselbe nichts zu wünschen übrig lasse (z. B. am 22. März 83 »kein Husten mehr«, »kein Auswurf«. 10. April: »hustet nur selten«, »hat sehr wenig Auswurf«. 12. körperlich war's ihr noch nie so wohl), verschlimmerte sich ihr psychisches Befinden und konnte objectiv eine frische Infiltration nachgewiesen werden. Sie starb in tiefer Depression, ohne trotz ausgesprochener objectiver Cavernensymptome subjective Erscheinungen von Phthise geboten zu haben.

Es wäre dies somit ein typisches Beispiel, einmal der Latenz der Phthise bei Psychosen und zweitens des vielbesprochenen Alternirens. Dreimal sehen wir hier phthisische Symptome mit psychischen abwechseln und zweimal völliges Verschwinden der einen Symptomengruppe beim Auftreten der andern. Aber wie von den meisten Autoren betont wird, müssen auch wir dies Verschwinden der phthisischen Symptome nur als Masquirtsein erklären, die Phthise an und für sich macht ihren zerstörenden Gang ruhig weiter, ihre Symptome jedoch werden durch die Psychose verdeckt.

19. Fall.

Sp. Postcommis. 35 Jahre alt.

I. Eintritt 4. Febr. 1877. I. Austritt 27. Mai 1878.
II. „ 20. Aug. 1878. II. „ 13. Jan. 1879.

Krankheit. — Aufgeregte Melancholie mit Raptus melanchol. Zu Beginn der Tuberculose initiale Depression. Hochgradige tuberculöse und psychopathische Belastung. Phthisis sicher primar. Merkwürdige Latenz der phthisischen Symptome, sowie Alternirung derselben mit den Symptomen der Psychose. Austritt in noch leicht apathischem, deprimirten Zustand.

Anamnese. — Pat. ist ausserordentlich schwer belastet; 4 Familienglieder waren geisteskrank und 5 starben phthisisch, und zwar fanden sich sowohl in der Familie des Vaters wie der Mutter Phthisiker und Geisteskranke. Ich gebe die genauen Angaben hierüber, da der Fall als Beispiel schwerster heriditärer Belastung interessant ist.

Vater † an Phthise, 1 Schwester phthisisch,	1 Schw. d. Mutter † phthisisch.
2 Brüder † an Phthise,	Vater d. Mutter † „
1 Onkel (v. s.) hier geisteskrank,	1 Schw. d. Mutter † melanchol.
1 Vetter (v. s.) Epileptiker,	1 Schw. d. Grossv. (m. s.) † „

Der Kranke war als Kind immer still, ungesellig, intelligent; onanirte längere Zeit vor seiner Verheirathung, auch wieder nach dem Tode seiner Frau.

Nach langjährigem Husten und Spucken trat 1871 eine Hämoptoë auf und wiederholte sich rasch, ebenso 1872. Dann blieb er gesund bis 1876. Trotz 5jähriger Ehe blieb er kinderlos. Im Juli 1876 nach dem Tod seiner Frau neue Hämoptoë.

Schon bei der ersten Hämoptoë 1871 war Sp. etwas deprimirt gewesen. Nun nach der neuen Hämoptoë 1876 zeigte sich wieder starke Depression, Sorgen um das Seelenheil, Ideen ewiger Verdammniss. Weihnachten 1876 hörte plötzlich der Husten auf, Pat. fühlte sich kräftig und arbeitete 3 Wochen. Nun hörte er aber Flüsterstimmen, hielt sich für Gott, von bösen Geistern gefangen; schlief nicht mehr und ass wenig. Am 31. Januar erfolgte der erste Anfall von Angst und theilweiser Geistesabwesenheit, der sich nun öfters wiederholte. In einem solchen Anfall ist Pat. wie geistesabwesend; er weiss nicht, was er thut, stürmt blindlings fort, muss gehalten werden. — Einmal will er zum Fenster hinaus springen, offenbar in Folge von Hallucinationen des Gehörs, von Stimmen, die ihm befahlen, dies zu thun. Auch mit dem Gesicht hallucinirte er da lebhaft; er sah Lichter sich gegen ihn bewegen. Dabei war sein Blick starr, Schweiss stand ihm auf

der Stirne und offenbar empfand er grosse Angst und heftige Beklemmung. Nach einiger Zeit beruhigte er sich und erinnert sich nur unvollkommen dessen, was geschehen war.

In der anfallsfreien Zeit war Sp. psychisch klar, aber gedächtnissschwach, „wüst im Kopf“ und deprimirt.

Körperlich konnte bei der Aufnahme Phthisis nachgewiesen werden: R. O. Dämpfung und Bronchialathmen, reichliches Rasseln.

Verlauf. — Pat. hatte nun öfters solche Anfälle von Angst, in denen er von mehreren Wärtern gehalten werden muss, da er blindlings fortstürmen will. Glaubt, er sei der Teufel, hat Angst, man wolle ihn holen.

			Klg.
6. Februar. Meint, er sei der Teufel, aber ein dummer, das sei das Unglück. Betet zum Teufel, er solle kommen und ihn holen und zwar in den Himmel.	II.	4	52
		27	51.5
11. — Keine Anfälle mehr, viel Husten. Temp. 39.4, viel zäher, klumpiger, gelber Auswurf ohne Blut. — R.O. deutliche Dämpfung und Bronchialathmen mit grossen Rasselgeräuschen, Respiration: 36—40.			
28. — Afebril. Zuweilen sog. „Anfechtungen“, auch manchmal ein sonderbares Gefühl von Leichtigkeit, meinte, er könne gerade sterben und in den Himmel fahren, zuweilen ist es ihm auch, als ob er aus zwei Wesen bestünde. Gewicht 51.5 Klg.			
1. März. Blut im Sputum. 4. Oefters Anfechtungen, Flüstertöne und Erscheinungen; ruft dem Teufel, dass er ihn hole, verdammt sei er ja doch. Immer isolirt. Leichte Nahrungsverweigerung wegen Stimmen, die er im Kopfe hört. Gewicht 51 Klg.	III.	2	51
		8	49.5
		15	50.5
		26	51.5
8. — Gewicht 49.5. Abends Angst, er müsse in die Hölle, eine Stimme im Bauch sagt es ihm. In der anfallsfreien Zeit deprimirt; verfällt geistig mehr und mehr. Zuweilen wie verklärt. Husten mässig.		28	52
April. Arbeitet, aber ohne Lust. Depression. Pat. hat keinerlei Krankheitseinsicht, er glaubt nicht, dass sein Zustand ein krankhafter sei, sondern sucht ihn auf mysteriöse Weise zu erklären; hat öfters Suicidiumsideen. Nachts viel Träume. Körperlich besser, aber viel Husten, keine Anfälle mehr.	IV	2	51.5
		11	51.5
		24	52
Mai. — Viel Husten, Dämpfung R. O. Rasseln, unbestimmtes, schwaches Athmen. Pupillen: rechte grösser als die linke. Oft Schwindel, schwarz werden vor den Augen, sonst keine Anfälle. Isolirt sich meist. Sein Zustand ist keine Krankheit, nach seiner Ansicht, sondern eine Verdammung.	V.	2	51.5
		28	50.5
	VI.	6	51
Juni. Viel Husten und Auswurf, sonst status id. Keine Anfälle.		27	51.5
Juli. Besserung; entflieht einmal beim Spazierengehen.	VII	7	52.5
August. Einmal ein Anfall von Angst; weigert sich, das Chloral zu nehmen, er sei ja für die Hölle bestimmt und zum Verbrennen. Die andern Patienten seien Propheten, die das Schicksal bestimmen. Sonst geistig frischer.		17	51.7
		26	52.5
		9	53.7
	VIII	23	53.7

	Klg.	
IX. 20	54.2	September. Hat wieder einmal solche Ideen vom Teufel etc. geäussert. Sonst ordentlich, deprimirt. Hustet viel.
X. 18	55.1	Oktober und November keine Anfälle, aber stets Depression.
XI. 15	55	Sonst ordentlich.
XII. 20	54.5	December. Keine Anfälle. Hat wieder Hoffnung. Körperlich eher Rückschritt. Hustet mehr, Diarrhœen, Nachtschweisse.
		Lunge: R.O. Dämpfung bis zur 4. Rippe. Unbestimmtes bronchiales Athmen, reichliche Rasselgeräusche. Viel Husten. Gewichtsabnahme. Isolirt sich mehr und mehr.
I. 17	53	Januar 1878. Lunge R. von II. Rippe an absolute Dämpfung,
II. 14	54.5	viel Husten. Gewichtsabnahme, viel Fieber; öfters Pupillen-
III. 14	53.8	differenz. Psychisch klarer, das Gedächtniss kommt wieder, die
IV. 18	52.2	Stimmung ist ordentlich, meist etwas deprimirt. Der Kopf ist
V. 11	52.1	freier, während leider sein Körper zerfällt.
23	52.0	Februar. Mehr Hoffnung, spricht von Austreten und Stelle suchen, Gewichtszunahme. Viel Husten, geistige Fähigkeiten gut.
		März. Gereizt; Bluthusten, Seitenstechen, nie Fieber. Gewicht: Idem.
		April. Viel Husten, nie Fieber.
		Mai. Gewichtsabnahme, Husten mässig, Sputa gering, zeitweise Diarrhœ, kein Fieber.
		Lungen: Links nun auch Dämpfung. R.H. — 4. Rippe tympanitische Dämpfung. Ueber seine Krankheit ist Sp. nun im Klaren. Zuweilen gereizt, verstimmt, apathisch, isolirt sich, doch meist artig, dankbar. Findet, dass seine Geisteskräfte abgenommen haben. Geht auf's Land.

II. Aufnahme. 20. Aug. 1878 bis 13. Jan. 1879.

VIII. 20	51	Körperlich befand sich unser Sp. gut, nur hustete er viel;
IX. 4	50	geistig dagegen war er matt, zu keiner Arbeit fähig. — Seit dem
19	51	14. Aug. hustet er nicht mehr, es beginnen jene Angst-
X. 4	51	anfälle wieder, die Pat. früher schon gehabt hatte. Glaubte
17	51	dann, er sei verdammt, es werde etwas besonderes mit ihm geschehen,
31	50	hört Stimmen, den bösen Geist, der ihn lockt und plagt. Verstört,
XI. 7		verwirrt, weigerte das Essen, lief davon. Machte heute einen Flucht-
14	50	versuch (VIII. 20).
21		Status corp. Nicht schlecht, kein Fieber, nur 1 Kilo Ge-
29		wichtsabnahme.
XII. 5	50	Psychisch verwirrt, ängstlich, kennt jedoch den Spitalarzt,
26	50	der ihn früher behandelt hatte. Hallucinirt. Aus dem Unterleib
I. 9	51	steigen ihm schändliche Gedanken, Lästerreden auf; Stimmen. Er sei denkunfähig, klagt über schiessende Kopfschmerzen. Beklemmung. Afebril.
		21. — Aengstlich, hallucinirt. Der Husten ist mässig, Auswurf fast = Null.

27. — Stimmen seit 2 Tagen ganz verschwunden, Angst mässiger, die Beklemmung ist geringer, seit Patient mehr aushustet und auswirft. Temp. normal.

Lungen: R.O.V. Dämpfung bis zur 4. Rippe tympanitisch. R.H. Dämpfung bis Mitte Scapulæ. L. Fossæ gedämpft tympanitisch. L. Athmung oberflächlich, Exspirium verlängert, Inspirium an der Spitze unbestimmt, kein Rasseln.

September. Unruhiger Schlaf; am Tag oft verwirrt, verstört, weiss nicht, wo er ist, auch schwindlig. Auswurf reichlich ohne Blut. Allerlei abnorme Sensationen, Brennen, Pricheln im Rücken, Ziehen im Kreuz und den Beinen, als ob man ihm das Mark aus den Knochen zöge; glaubt von Kräften und Maschinen bearbeitet zu werden. — Müde, verdriesslich; Pupillendifferenz. Viel Husten, afebril. Gewicht: Idem.

Oktober. Keine Gefühlstäuschungen mehr; entschiedene psychische Schwäche, sehr viel Husten.

November. Viel Husten, apathisch. Pupillendifferenz.

December. Aengstlich und ohne Selbstvertrauen, viel Husten und Schweiss, nie Fieber. Abstossend gegen seine Mutter.

Januar. Entlassen; gebessert, aber apathisch. Viel Husten. Körperlich eher Zunahme. Gewicht: 51 Klg.

Stirbt später im Spital zu Liestal an seiner Phthise.

Epikrise. — Ein hereditär sowohl tuberculos wie neuropathisch ungemein schwer belastetes Individuum von neuropathischer Constitution wird 29jährig nach jahrelangem Husten und Auswurf von Hämoptœ befallen und zeigt im selben Jahre schon psychische Störungen. Vier Jahre später entsteht nach neuer Hämoptœ psychische Depression, Patient macht sich allerlei Sorgen um sein Seelenheil, Ideen ewiger Verdammung etc., doch offenbarte er sich damals noch Niemandem. An Weihnachten 1876 hörte plötzlich der langjährige Husten auf, Patient fühlte sich kräftiger wie zuvor, arbeitete 3 Wochen. Doch nun brach die psychische Erkrankung mit voller Kraft aus. — Neben einer tiefen Depression beherrschten zeitweise auftretende Angstanfälle zu Beginne das Krankheitsbild.

Es handelte sich um Anfälle von Angst und kurzdauernder theilweiser Geistesabwesenheit, in denen Patient nicht weiss was er thut, blindlings fortstürmt, und wenn man ihn daran zu hindern sucht, sich auf's äusserste wehrt, ja ge-

waltthätig wird. Lebhafte Hallucination des Gesichts und Gehörs treiben den Patienten zu für ihn lebensgefährlichen Handlungen. — Das ganze Benehmen, der Gesichtsausdruck des Kranken zeigen, dass er während dieser Anfälle hochgradig verwirrt und angsterfüllt ist. In kurzer Zeit beruhigt sich jedoch der Kranke und erinnert sich des Geschehenen mehr oder weniger deutlich.

Man wäre vielleicht versucht, diese Anfälle für epileptische anzusehen, und in der That sprechen manche Umstände für eine solche Auffassung. So vor allem die Thatsache, dass Epilepsie bei einem nahen Verwandten des Kranken factisch besteht, denn die eigenthümlichen Hallucinationen und Visionen, das Sehen von Lichtern, die sich gegen den Kranken bewegen, der hervorragend dämonsmanische Zug in den Wahnideen, diese eigenthümlichen Gemeingefühlsänderungen, die Patient glauben liessen, er bestehe aus zwei Wesen, er könne gerade sterben und in den Himmel fahren, er sei wie verklärt, zum Schlusse, die kleinen Schwindelanfälle und momentanen Bewusstseinsabsenzen, die vielleicht als petit mal angesehen werden können.

Dagegen lässt sich gegen Epilepsie geltend machen das völlige Fehlen klassischer Anfälle, das späte Auftreten der Krankheit (Epilepsie entwickelt sich doch meist viel früher), der Umstand, dass Patient sich nach den Anfällen des Geschehenen, wenn auch oft nur dunkel erinnert, das Fehlen ferner eines epileptischen Charakters etc. Wie wir gesehen haben, hörten die Anfälle sehr bald auf, nur hier und da kehrten sie noch einige Zeit in ganz leichtem Grade zurück. In der anfallsfreien Zeit und nach völligem Aufhören der Anfälle (vier Monate nach der Aufnahme) bot Patient das Bild eines Melancholikers. Gerade dieser Umstand gestattet, die Diagnose nicht auf Epilepsie, sondern auf Melancholie mit Raptus artigen Anfällen zu stellen. — Wenn die Anfälle epileptischer Natur gewesen, so wäre Sp. in der freien Zeit und nach Aufhören der Anfälle wahrscheinlich geistig freier geworden.

Patient besserte sich so, dass er entlassen werden konnte 27. V. 78; 11 Wochen später kam er jedoch wieder mit den Symptomen tiefer Depression, mit Ideen von Verdammung und Angstanfällen, lebhaften Hallucinationen besonders des Gehörs; doch war Patient diesmal nur hier und leicht verwirrt, so dass er nicht wusste, was er that. Dabei hatte er allerlei Gefühlstäuschungen, die er im Sinne der Verfolgung auslegte, man bearbeite ihn mit Maschinen, man ziehe ihm das Rückenmark aus etc. Mit Nachlass dieser abnormen Sensationen hörten auch die Verfolgungsideen auf; aber der Kranke blieb deprimirt, apathisch, geistig entschieden geschwächt bis zur Entlassung.

Diese zweite melancholische Erkrankung lässt nun wohl keinen Zweifel übrig, dass es sich hier um einen Melancholicus mit raptusartigen Anfällen handelt.

Wie wir gesehen haben, bestand die Phthise oder wenigstens die Anlage dazu schon mehrere Jahre vor Ausbruch der Psychose; letztere kann somit nicht die Ursache der ersteren gewesen sein. Vielmehr dürfen wir die Tuberculose in gewisse ursächliche Beziehung zur Psychose bringen. Denn nicht nur schloss sich die erste geistige Störung, wahrscheinlich auch depressiver Natur, an den acuten Ausbruch der bis dahin schleichend verlaufenden Phthisis, respective an die Symptome im Jahre 1871 an, auch die zweite melancholische Störung, die den Kranken in's Irrenhaus brachte, war eingeleitet durch eine Hämoptœ. — Es würde sich somit um eine jener initialen Störungen, um eine initiale Depression handeln.

Was nun aber diesen Fall besonders interessant macht, das ist das eigenthümliche Verhalten der phthisischen und psychischen Symptome zu einander; wie bei Frau Schm. kann auch bei Sp. ein mehrmaliges Alterniren der phthisischen Symptome mit denen der Psychose nachgewiesen werden.

Weihnachten 1876 hörte plötzlich der seit mehreren Jahren bestehende Husten auf. Sp. fühlte sich viel kräftiger, arbeitsfähiger; da brach die Melancholie aus und Sp. musste am 4. Febr. in's Irrenhaus. Mit dem Aufhören der schweren Angstanfälle kam der Husten wieder zum Vorschein, und im selben Maasse, wie der Kranke psychisch freier, klarer wurde, nahm er körperlich ab. Vom 27. Mai bis 20. Aug. 1878 lebte Sp. ausserhalb der Anstalt, viel von Husten geplagt, aber geistig relativ frei. Seit dem 16. August nun hustete er nicht mehr und mit dem Tag begannen die alten Angstanfälle von Neuem, so dass Sp. am 20. August der Anstalt zum zweiten Male übergeben werden musste. Schon am 27. August meldet die Krankengeschichte eine Besserung des psychischen Befindens, während der Husten sich wieder eingestellt hat. Wörtlich heisst es da:

»Die Stimmen seit 2 Tagen ganz verschwunden, Angst mässiger, die Beklemmung ist geringer, seit Patient mehr aushustet und auswirft.« Er selbst machte auch einmal die Bemerkung, wenn er nur besser aushusten könne, da würde er geistig freier werden. — Am 13. Januar trat er geistig bedeutend gebessert aus, während die Phthise bei ihm objectiv nachweissbare Fortschritte gemacht hatte. Dieselbe führte auch ein Jahr später zum Tode, ohne dass es zu einer neuen Exacerbation der Psychose gekommen wäre.

20. Fall.

H. Posamenterin. 25 Jahre alt.
21. April 1885 bis 13. September 1885.

Dysthymia neuralgica nach starken Gemüthseindrücken bei Phthisis incipiens. Depression, Angst, hypochondrische Gedanken, Neuralgien. Hemikranie alternirend mit der Depression und den Angstanfällen oder dieselben einleitend. Keine Selbstanklagen, keine Wahnideen. Psychische Genesung.

Keine neuropathische, aber tuberculöse Heredität nachweisbar; der Vater der Pat. und alle Geschwister starben an Phthise. Pat. war intelligent, lebte zurückgezogen. Vor 7 Monaten hatte sie ein Verhältniss, das nach 2 Monaten wieder gelöst wurde. Seitdem ist Pat. stiller, hatte auch öfters Angst (nie hysterische Beschwerden). In letzter Zeit leidet sie viel an Husten, Schlaflosigkeit, schweren Träumen, Schwindel, Appetitlosigkeit. Seit 6 Wochen Ausbleiben der Menses, stärkere Angst, mehr Kopfschmerzen, Schwindel. Keinerlei Selbstanklagen, keine Wahnideen.

Körperlich kräftig, nur Symptome beginnender Phthise (Dämpfung, Rasseln, Rhonchi etc.).

Psychisch: deprimirt, habe im Kopf unbestimmte Angst in Anfällen, weiss nicht warum, weint laut, habe auch Angst gehabt, melancholisch zu werden; starke Kopfschmerzen links.

Pat. besserte sich rasch, besonders nach Eintritt der Periode; war freundlich und fleissig. Kopfschmerzen bald Morgens, bald Abends, öfter jedoch des Morgens, nachher Angstanfälle, Klopfen in den Ohren isochron mit dem Carotispuls, klagt über ihre Unfähigkeit zu dauernder Arbeit. Husten mässig. Habe Anfangs Feuer vor den Augen gesehen und dabei Kopfschmerzen gehabt.

Juni. Besserung hält an, wird heiterer. Doch noch Stirnkopfweh, linksseitige Hemikranie, geheime Angst, finde keine Ruhe. Kein Appetit.

Juli. Der Appetit hebt sich nicht. Stets Hemikranie. Freundlich, fleissig, anämisch, hat grosse Mühe, einzuschlafen.

10. — Weint ohne äusseren Grund. Hemikranie, wechselnde Zustände wie sonst, mehr deprimirt. Es sei ihr leichter, wenn sie Kopfschmerzen habe; wolle lieber sterben, als mit ihrem Vater nach Hause zurück, sie sei noch zu schwach dazu.

20. — Nach einem Besuch des Vaters Depression und Stupor. Bleibt im Bett, blickt starr vor sich hin oder hält sich die Augen zu, verweigert die Nahrung.

22. — Wieder freier.

August. Neue Depression, Gewichtsabnahme trotz guten Appetites. Kein Husten. Hie und da Kopfschmerzen mit Depression.

13. Sept. Entlassen.

	Klg.
IV. 21	61
29	62
V. 15	62
22	61
VI. 12	58
26	58
VII. 3	60
17	59
VIII. 4	57
21	58
28	56
IX. 11	57

Epikrise. — Ein hereditär psychisch nicht belastetes Mädchen erkrankt nach heftigen Gemüthsbewegungen mit Depression, Angstanfällen, hypochondrischen Gedanken, melancholisch zu werden, nie zu genesen, mit Schlaflosigkeit und Schwindel. In inniger Verbindung mit der psychischen Störung traten heftige meist linkseitige neuralgische Kopfschmerzen auf, oft gingen letztere auch den Angst-

anfällen voraus, manchmal schienen sie mit den Angstanfällen geradezu zu alterniren, so dass die Kranke sich wohler fühlte, wenn sie Kopfschmerzen hatte, als in der Zwischenzeit, wo sie davon frei war.

Bei alledem keinerlei Selbstanklagen, keine Wahnideen, keinerlei Hallucinationen, nur hier und da als solche erkannte Vision von Feuer. Psychische Misshandlung durch den Vater verschlimmerte die Sache, so dass tiefe Depression mit Stupor kurze Zeit durch die Scene beherrschten.

Die Lungenaffection war noch in ihren Anfängen, kein Fieber, wenig Husten, dagegen nahm doch das Körpergewicht trotz guter Verdauung ab. Wir dürfen die H. wohl auch als einen Fall initialer Depression auffassen.

Es folgen nun mehrere Fälle, die in das Gebiet der **Verrücktheit** gehören. Bei einem derselben kann ich mich kurz fassen, da einmal die Anamnese sehr zu wünschen übrig lässt und jedenfalls andere Momente, besonders Schnapsgenuss, originäre geistige Schwäche und eine Kopfverletzung eine viel grössere ætiologische Rolle spielten als die Phthise.

21. Fall.

Salome B. 64 Jahre alt. Landarbeiterin.
Aufnahme: 28. Mai 1880, Tod 17. Okt. 1880.

Krankheit: Hallucinatorische Verrücktheit, Kretinismus; langjähriger Schnapsgenuss und Kopfverletzung neben Phthisis pulmon. und Nephritis chronica, Fettdegeneration des Herzens ætiologisch wirksam. Tod.

Section (Hr. Prof. Roth). — Pleuritis tuberculosa dextra. Schiefrige Induration beider Spitzen. Circumscripte Tuberculose der r. Lunge. Fettdegeneration des Herzens. Nephritis interstitialis chronica. Oedem des Gehirns, Hydrocephalus int. Asymmetrische Schädelbildung.

Phthisisch belastete, originär geistesschwache, kretinistische Person. Es scheint neben Schnapsgenuss eine Kopfverletzung die nächste Ursache des Ausbruchs der Psychose gewesen zu sein. — Ein Kind der Patientin ist ebenfalls Kretin.

Die Psychose war charakterisirt durch zeitweise Benommenheit besonders Nachts, durch subjective Ohrgeräusche und Hallucinationen des Gehörs, Wahnideen depressiver Natur und Verfolgungsideen. Zeitweise befand sich Patientin in einer Art Dämmerzustand. Dazwischen hatte sie aber auch ganz freie Zeiten, wo sie sogar heiter war. Körperlich bestand Pleuritis und Bronchitis. Erstere ging zurück, kam aber wieder, dann Nephritis interstitialis chron. mit Fettdegeneration des Herzens. Dypnoë und Cyanose, Albumin. Da die psychische Störung nun sehr auffallend parallel der Albuminurie, Dyspnoë und Urinverminderung sich änderte, besserte oder verschlimmerte, frägt es sich, ob es sich hier nicht eher um ein Delirium urämicum handle. Jedenfalls hatten Urämie und Herzdegeneration nähere Beziehung zur Psychose als die Phthise.

		Klg.
VI.	4	44
	18	43
VII.	5	43
	19	42
VIII.	13	41
	20	39
	27	38
IX.	7	37
	20	37
X.	4	37
	11	39

22. Fall.

R. 31 Jahre alt. Schneiderin.
7. Januar bis 5. April 1884. †

Hallucinatorische Verrücktheit auf hypochondrisch-hysterischer Grundlage. Schwere neuropathische Belastung. Phthisis pulmon. seit 7 Jahren. Eigenthümlicher phthisisch-hysterischer Charakter. Tod.

Psychisch schwer belastet. Die Mutter war eine exquisite Hysterica, starb durch Suicidium. Pat. jedenfalls schon lange phthisisch, leidet seit 7 Jahren an Husten, zeitweilig mit blutigem Auswurf; vor einem Jahre Pneumonie (?), seit 6 Wochen starke Abnahme der Kräfte. Menses stets unregelmässig.

Nach Lösung eines Verhältnisses mit einem jungen Manne vor einem halben Jahre zeigten sich die ersten Spuren von Geistesstörung. Es traten Zwangsvorstellungen, Verfolgungsideen auf. Die Kranke musste stetsfort an den jungen Mann denken; sie glaubte, er habe ihr etwas angethan, sprach von allerlei mystischen Aussprüchen, die er gethan haben sollte.

Vor 8 Wochen deutlichere Verfolgungsideen, Pat. hielt die Leute für Räuber, Mörder, wurde unruhig, schlaflos, studirte viel.

Bei der Aufnahme in die medic. Abtheilung war sie blass, mager, der Thorax ein paralyticus, der Appetit mangelte völlig.

Lungen: Ausgesprochene Höhlensymptome. Urin ohne Eiweiss. Allerlei hysterische Beschwerden, Globus, überall Schmerzen, übertreibt und simulirt auch. Wenig Husten.

Psychisch: Vage Verfolgungsideen, Angst vor Ermordung, Vergiftung, Zwangsgedanken, müsse immer an den jungen Mann denken, könne diese Gedanken gar nicht loskriegen. Der junge Mann, glaubt sie, könne machen, dass sie ihm nachlaufen müsse, wie ein Hündchen.

Dabei ist Pat. äusserst launisch, will bald austreten, bald wieder hier bleiben, immer klagend.

Im December leichte körperliche Besserung, Husten gering.

Psychisch: hypochondrisch-hysterisches Wesen, weint viel, weiss nie, was sie will. Meist afebril, nur zuweilen Abends Fieber.

7. Januar Aufnahme ins Irrenhaus. Hier meist deprimirt, hypochondrisch-hysterisches Wesen, äusserst capriciös, launisch. Hallucinationen des Gesichts (sah Männer ums Bett herumstehen). Wechsel von Fieber und fieberfreien Tagen. Profuser eitriger Auswurf, Husten mässig. Enorm rascher Wechsel der Temperatur.

Bei hoher Temperatur z. B. 39.8° C., öfters Delirien, Angstanfälle mit Verfolgungsideen, sie sei behext, besessen, werde in 5 Tagen sterben. Der junge Mann plagt sie; er hat teuflische Macht über sie, er quält sie mit Hülfe magischer Bücher. Daneben stets hysterisch-hypochondrische Klagen.

Februar. — Zeitweise Delirien mit lebhaften Illusionen, sieht Füchse, den Arzt ohne Kopf, ein Kreuz an der Wand (Spalte). Diese psychischen Störungen treten gewöhnlich während der Fieberanfälle oder der Collapse auf. — Allerlei Paräesthesien, ihre Glieder seien wie von Blei. Profuses eitriges Sputum, Husten wie zuvor. Grundstimmung capriciös melancholisch mit enorm hysterischem Zug.

März. — Hallucinationen und Verfolgungsideen. Glaubt, sie sei verhext, verzaubert. Alle lügen über sie; sie sei ein armer Tropf; dabei neidisch, andere Patienten hätten es besser als sie. Es gehe etwas besonderes vor, etwas mysteriöses, aufgeregt. Wird viel schwächer, Decubitus, Oedeme, Husten und Auswurf wie früher, Fieber geringer, zuweilen subnormale Temperaturen. Verstimmt, aber zuletzt weniger aufgeregt.

4. April. — Tod.

Section: Phthisis pulmon. (Cavernen). Pericarditis exsudativa. Pacchymeningitis hämorrh. Tuberculose der Nieren. Gallensteine.

Epikrise. — Zweifelsohne Paranoia bei einer stark psychisch belasteten Hysterica. Verfolgungsideen, Illusionen und Hallucinationen des Gesichts, Gehörs (?), Gefühls. Zwangsvorstellungen, Angstanfälle. Die Tuberculose bestand jedenfalls schon lange (7 Jahre), während der Beginn der Psy-

chose mit der Lösung des Verhältnisses mit jenem jungen Manne zusammenfällt, also circa $^1/_2$—$^3/_4$ Jahre vor dem Eintritt der Patientin in den Spital stattfand.

Das Krankheitsbild wird wesentlich beeinflusst durch die begleitende Hysterie, die auch dem Charakter der Patientin ihr Gepräge aufdrückte. Man darf daher das Launische, Misstrauische, Reizbare im Benehmen der Kranken nicht ausschliesslich dem Einfluss der Phthise zuschreiben. Doch war das geistige Befinden in gewisser Beziehung abhängig vom körperlichen, so wurden Delirium und Aufregungszustände vorzugsweise zur Zeit hoher Temperatursteigerungen oder Collapse bemerkt. Ein Einfluss der Psychose auf den Gang der Phthise etwa im Sinne der Hemmung oder Beschleunigung war nicht nachweisbar.

23. Fall.

W. 30 Jahre alt. Fabrikarbeiterin.
Eingetreten den 2. Mai 1882. Ausgetreten den 30. Aug. 1882.

Krankheit: Hallucinatorische Verrücktheit, tuberculöse Belastung, neuropathische anämische Constitution. Phthisis pulm. seit 5 Jahren. Lebhafte Hallucinationen, Verfolgungswahn, Selbstüberschätzung. Phthisischer Charakter. Hypochondrie. Unvollständig geheilt entlassen. Später Tod durch Suicid.

Der Vater der Pat. war phthisisch, sonst von Heredität nichts bekannt. War schon vor 5 Jahren hier im Spital wegen Lungenleiden. Dabei stets reizbar, alles schwer nehmend, glaubte sich gleich versündigt zu haben; wenig intelligent, lernte schwer, hatte von je ein böses Maul. Vor 5 Wochen bekam sie Blutspucken, Husten, Seitenstechen, Nachtschweisse, Kopfweh. Vor 10 Tagen Ausbruch der Störung, Verfolgungswahn mit Hallucinationen und Angst. Glaubte, man habe ihr etwas angewünscht. Arbeitete noch vor 3 Tagen. Seit 2 Tagen stärkere Aufregung, singt, jubilirt, rief den Leuten auf der Strasse nach, Stimmung seitdem meist heiter.

		Kg
Bei der Aufnahme am 2. Mai körperlich Anämie und Phthise; psychisch entschiedener Verfolgungswahn mit Hallucinationen und Illusionen. Dabei misstrauisch, alle thun ihr Leides an; das Essen ist ihr verdächtig, man will sie im Bad ersäufen. Nahrungsverweigerung, Hallucinationen des Gesichts, Gehörs etc.	V 2	36.5
	15	35.5
	22	37

Pat. hat ein furchtbar böses Maul, mischt sich auch viel in die Angelegenheiten Anderer. Hört auch Stimmen, die ihr das Essen verbieten, daher Nahrungsverweigerung. Wird aggressiv gegen die Wärterin, die sie (angeblich) beleidigt habe. Schimpft über ihren *Klg.* Dienstherrn, ihre Mitarbeiter, ihre Mitpatienten.

VI. 5 37 Juni. — Allmählig Besserung des körperlichen Befindens, hat
19 38 noch viel Kopfweh. Schimpft stetsfort über alles mögliche. Meint,
26 39 es sei Schwefel im Wein, sie werde immer zurückgesetzt; trockener
VII. 10 38 Husten.
24 38
VIII. 7 38.5 Juli. — Reizbar, weinerlich, aufbrausend, mischt sich stets in
21 39 Angelegenheiten Anderer. Launisch.

August. — Husten. Immer Schmerzen im rechten Fussgelenk, sehr empfindlich, reizbar, zu übertriebenen Klagen über ihr körperliches Befinden geneigt, unzufrieden; beim Austritt noch macht sie Andeutungen von ungerechter Behandlung, Kränkungen u.dgl. Starb später durch Suicidium im Rhein.

Epikrise. — Phthisisch belastet, ob psychisch auch, ist unbekannt; jedenfalls war Patientin originär körperlich und geistig schwach; reizbar, empfindlich. Die Phthise bestand schon seit 5 Jahren, also war sie jedenfalls vor der Verrücktheit da.

Die Psychose muss als entschiedener Verfolgungswahn mit Hallucinationen verschiedener Sinne, Nahrungsverweigerung, Neigung zu Gewaltthätigkeit und leichten Grössenideen, respective Steigerung des Selbstgefühls, aufgefasst werden. Dabei treten hypochondrische Elemente deutlich hervor.

Besonders auffallend war das Reizbare, Misstrauische, Launische im Benehmen der Kranken, was wir wohl zum Theil auf den originär abnormen Charakter derselben, zum Theil aber auch auf die Wirkung der Phthise beziehen dürfen.

Mit Besserung der Phthise besserte sich auch die Geisteskrankheit, wir dürfen daher wohl auch die Phthise als wenn auch nur indirekte Ursache der Psychose bezeichnen.

24. Fall.

N. 38 Jahre alt. Winderin.
Eintritt 13. April 1883. Tod 14. Juni 1883.

Acute Verwirrtheit 4½ Wochen nach Entbindung (tuberculöse Belastung, Phthisis pulm. seit 7 Jahren), später melancholische Symptome und solche der Verrücktheit. Auffallend geringe Symptome von Seiten der Phthisis. Tod.

Der Vater starb an Phthise. Pat. ist seit 7 Jahren phthisisch, hat öfters Blutspeien gehabt vor 1½ Jahren. Sie lag dann vom 15. Februar bis 5. März auf der medicin. Abtheilung als Phthisica und Gravida. Am 7. März normale Geburt auf der gynäcologischen Abtheilung. Vom 19. März bis 2. April war sie von neuem auf der medicin. Abtheilung als Phthisica, wenig hustend, auch viel an Kopfschmerzen und durch Schlaflosigkeit leidend. Nach dem Austritt aus der medicin. Abtheilung blieb sie ruhig bis zum 11. April. Da wurde sie plötzlich verwirrt, duldete ihre Kinder nicht mehr im Zimmer. Am 12. bekam sie heftige Angst vor fremden Personen, die ihr etwas anthun wollten, versuchte aus dem Fenster hinaus zu springen. Unter Tags war sie ruhig, nur blickte sie oft starr vor sich hin. Am 13. April trat sie wieder auf der medicin. Abtheilung ein. Dort fiel sie sofort durch ihr mürrisches, gereiztes Wesen auf, machte allerhand Selbstanklagen, sie habe ihre Kinder betteln lassen etc. Einmal wollte sie auf ihre Nachbarin los. — Pat. hat 6 Geburten durchgemacht und jedenfalls viel Sorgen gehabt.

	Klg.
Status. — Elend aussehende Frau mit weit vorgeschrittener Phthisis. Sie ist etwas benommen, weiss nicht, wann sie geboren ist, hallucinirt. Bei der Untersuchung wird sie zornig, es sei jetzt genug. Sonst apathisch, antwortet nicht, stösst zeitweise unarticulirte Laute aus, verweigert die Nahrung.	IV. 13 34
15. — Status idem. Deutet bei Fragen auf die andern Kranken.	
19. — Meist stumm. Fährt hie und da mit einem Schrei auf, Nahrungsverweigerung, „man wisse warum". Selbstanklagen, sie habe ihre Seligkeit verloren, sei nicht mehr lebendig, Sondenfütterung, stöhnt laut. Will durchs Fenster fort.	
20. — Suicidiumsversuch. Sie sei nicht die Frau N., sie sei der Teufel, sei kein Mensch, könne nicht essen. Abends subfebril. Will Nachts immer fort, ohne zu wissen wohin.	
25. — Heute Abend klar, leugnet, noch zu halluciniren, bezog aber heute früh noch alles Gesprochene auf sich. Kopfweh.	
30. — Sagt, sie sei Schuld an der Krankheit ihrer Mitpatienten.	
Mai. — Immer Depression, weint viel. Sie sei elend, eine Zauberin, die Andern sind wegen ihr da. Hallucinirt besonders mit dem Gehör. Sie sei ein Gespenst, man möge ihr den Kopf abhauen, sie sei unaussprechlich elend, eine grosse Sünderin.	V. 7 33 14 33.5 28 33

14. u. 15. — Husten mit blutigem Auswurf, sehr deprimirt.

17. — Noch blutige Sputa, Selbstanklagen; zuweilen auch heiter, lacht.

31. — Meist deprimirt, Nachts unruhig, will fort durch Thür oder Fenster. Nahrungsverweigerung; sie verdiene das Essen nicht; jammert viel; zuweilen auch Fieber, klarer.

Klg. Juni. — Selbstanklagen, dazwischen auch lucide Momente; Ver-
VI. 4 31.5 folgungswahn, hat immer etwas unter dem Bett zu suchen, von wo aus man sie plagt. Hartnäckige, schwer zu überwindende Nahrungsverweigerung bis zum Ende. Gefühl grosser Schwäche. Afebril, wenig Auswurf.

14. — Tod.

Gewicht bei der Aufnahme 34.0 Klg.
„ beim Tode 31.5 „

Section (Hr. Prof. Roth). — Phthisis pulmonum. Tuberculose der Nieren und Leber, Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventricels.

Puerperale Involution des Uterus.

Epikrise. — Zu Beginn acute Verwirrtheit, später mit deutlichen melancholischen Symptomen und denen der Verrücktheit. Patientin war jedenfalls schon lange (7 Jahre) phthisisch, psychisch dagegen normal. — Was den Ausbruch der Psychose herbeiführte, ob die Geburt mit ihren Folgen oder die Phthisis, ist schwer zu sagen; wahrscheinlich wirkten beide zusammen, indem sie einen Zustand hochgradiger Anämie erzeugten. Die Phthise scheint auffallend wenig Symptome gemacht zu haben, nur an zwei Tagen fieberte die Kranke und der Husten war offenbar nur ganz mässig. Sonst war ein Einfluss der Psychose auf den Gang der Phthise nicht zu erkennen.

25. Fall.*)

W. 35 Jahre alt. Glätterin.
Eintritt: 21. April 1878. Austritt 11. Juli 1878.

Puerperale Psychose. — Ausbruch vier Wochen nach der Entbindung. Anfänglich ängstliche Aufregung, dann

35) S. d. Jahresbericht des Irrenhauses. 1878. S. 26.

absolute Verwirrtheit, lebhafte Hallucination. Später zeitweise bei Bewusstsein, allerlei Verfolgungsideen, hartnäckige Nahrungsverweigerung. Sondenfütterung. Auffällige Latenz der Lungensymptome. Tod.

Anamnese. — Keine Heredität, aber selbst stets nervenschwach, 8 Geburten, viel Noth, Kummer; schlechte Wohnung. Ihr Mann war roh und behandelte sie schlecht. — Bei einer Geburt vor vier Jahren hatte sie einen Krampfanfall, ohne jedoch das Bewusstsein zu verlieren. In letzter Zeit viel und schwere Arbeit bei schlechter Ernährung.

Am 14. März Niederkunft mit ziemlichem Blutverlust, sonst aber leicht. Sie stillte 4 Wochen lang, dann blieb die Milch aus. Seit der letzten Geburt hatte sie öfters Schwächeanfälle mit Angstschweiss. Ass seitdem auch wenig. Schon am fünften Tag nach der Geburt fiel sie auf durch ihre Reizbarkeit. Seit 8 Tagen Abends Angst und rother Kopf, Kopfweh, Leibschmerzen. Am 15. April Abends Gesichtshallucinationen, die der Kranken heftigen Schreck einjagten. Am 16. Gesichts- und Gehörshallucinationen, ängstliche Aufregung, die sich rasch zu wildem Toben und völliger Verworrenheit steigerten. Am 18. April Aufnahme. Die Kranke sieht wachsbleich aus, ist sehr abgemagert, hat schlechten, frequenten Puls, 120 i. d. M., dagegen Temp. nur 38.0. Ausser etwas Empfindlichkeit in Abdomine, stinkendem Vaginalfluss, kann man, allerdings bei der durch die Unruhe der Kranken mangelhaften Untersuchung, körperlich nichts Abnormes finden. Die Kranke trinkt ziemlich viel, verweigert aber ziemlich hartnäckig jede Nahrung. Psychisch ein Bild absoluter Verworrenheit. Die Kranke schwatzt unaufhörlich in völliger Zusammenhangslosigkeit vor sich hin, achtet auf nichts, was um sie vorgeht, ist nie zu einer geordneten Rede oder Handlung zu bringen, verhält sich dabei ängstlich oder apathisch. Manchmal im Delirium Anklänge an Rythmus und Reim, doch nur vorübergehend. Die Kranke bleibt meist ruhig im Bett, wird nur aufgeregt, wenn man mit ihr etwas machen will, selten für kurze Zeit gewaltthätig oder zerreissend. Nie beim Bewusstsein. Sondenfütterung wegen Nahrungsverweigerung. In dieser Weise bleibt sich der Zustand gleich, nur dass die Kranke stets noch magerer, schwächer, blasser wird. Der Puls ist stets schwach, frequent, die Temperatur steigt aber bis Mitte Juni nie über 38.0. Erst vom 22. Juni bis zu dem am 11. Juli erfolgten Tode Abends Temperaturen zwischen 39.0 bis 39.5. Die Kranke wurde schon von Anfang Mai an regelmässig unreinlich; von Anfang Juni an stets Diarrhœ und Symptome von Peritonitis. Nie Husten, überhaupt nie Symptome von Seiten der Lungen. Auch sonstige centrale Störungen, ausgenommen zeitweilige Muskelzuckungen der obern Extremitäten fehlen. Der Tod erfolgte unter allmäligem Verfall am 11. Juli.

	Klg.
IV 22	44.3
V. 6	44.9
20	44.6
27	43.8
VI 10	44.5
17	41.8
VII 1	39.6
8	39

Section (Hr. Prof. Roth). — Tuberculöse Verschwärung des Ileums mit Perforation. Circumscripte ältere Beckenperitonitis. Allgemeine frische Peritonitis. Bronchitis und Peribronchitis tubercul., besonders links. Frische Tuberceln der rechten Pleura und rechten Nierengegend, Hydropericard, Fettherz, Thrombose des r. Ventricels. Pleuritis adhæsiva totalis sinistr. part. dextr. Retroversio, Hypertrophia uteri, Fettleber. Geschwüre der vorderen Muttermundslippe. Leichtes Oedem der Pia. Verwachsungen in den Unter- und Hinterhörnern der Seitenventricel. Hochgradige Hirnanämie.

Epikrise. — Heredität negirt, originär aber nervenschwach, reizbar, intelligent. Durch acht Geburten jedenfalls geschwächt, besonders seit der vierten Geburt mit dem Krampfanfall. Noth, Kummer, schlechte feuchte Wohnung, ungenügende Nahrung, schwere Arbeit, öftere Mastitiden, Lactation waren weitere körperlich wie geistig schwächende Momente. Vor vier Wochen achte Geburt mit viel Blutverlust, fünf Tage nachher schon Symptome von grosser Reizbarkeit; vier Wochen nach der Geburt Ausbruch der Psychose. — Anfangs ängstliche Verwirrtheit mit grosser Aufregung und starken Hallucinationen. Später mehr ängstlicher Stupor, unterbrochen von Anfällen von Aufregung, wahrscheinlich bedingt durch ängstliche Visionen. Später kam Patientin zeitweise zum Bewusstsein, zeigte dagegen deutlichen Verfolgungswahn auf Grund von allerlei Hallucinationen oder Illusionen des Geruchs und Geschmacks, daher hartnäckige Nahrungsverweigerung. Sah auch schwarze Gestalten, sprach von verhext sein, von Misshandlung. Nachts gegen Ende meist laut, unter Tags aber ruhig. Die Verfolgungsideen blieben bestehen bis zum Tod der Patientin, der 3 Monate nach Ausbruch der Krankheit erfolgte.

Es liegt wohl nahe, die Psychose auf die Anämie zurückzuführen, die durch eine ganze Reihe von Umständen hier herbeigeführt wurde; als deren bedeutungsvollster erscheint die Geburt mit ihrem Blutverlust, mit der nachfolgenden Lactation etc. Ob die Tuberculose schon zur Zeit der Geburt bestand, lässt sich schwer entscheiden; ich glaube aber ja, wenn schon objectiv nichts davon nachzuweisen war. In

3 Monaten hätte kaum diese Tuberculose entstehen und zum Tode führen können; so darf auch die Tuberculose in Verbindung mit den andern schwächenden Momenten als Ursache der Psychose aufgefasst werden, indem eben auch sie zur Entstehung der für das psychische Leben verhängnissvollen Anämie beitrug. Eine nähere Beziehung zum Ausbruch der Geisteskrankheit kann ich jedoch nicht erkennen, so wenig als eigenartige für Tuberculose charakteristisch psychische Symptome. Dagegen ist auffällig, wie wenig die Tuberculose der Bronchien Störungen hervorrief. In der ganzen Krankengeschichte finden wir nicht einmal das Vorkommen von Husten und Auswurf erwähnt, ja dasselbe wird sogar an einer Stelle ausdrücklich geläugnet. Also wieder ein Fall von Latenz der Lungensymptome.

Der Einfluss der Psychose auf das körperliche Befinden war nichtsdestoweniger jedenfalls nur ungünstig, zumal muss die äusserst hartnäckige, auch durch Sondenfütterung nicht zu überwindende Nahrungsverweigerung den lethalen Exitus beschleunigt haben.

26. Fall.

B. 33 Jahre alt. Lehrerin.
War im hiesigen Irrenhause zu wiederholten Malen:
vom 23. Sept. 1865 bis 21. Sept. 1868,
„ 16. Jan. 1870 bis 8. Juni 1878.
Tod am 8. Juni 1878.

Krankheit: Secundäre Verrücktheit. — Aus der ersten Zeit ihrer Krankheit fehlen Angaben. Hochgradige tuberculöse und psychopathische Belastung. Neuropathische anämische Constitution. Vetter B. ebenfalls tuberculös und geisteskrank. — Schon 13 Jahre vor dem Tode geisteskrank. Tod.

Ich besitze in der Krankengeschichte nur spärliche Angaben über die letzte Zeit der Kranken. Es ist daher eine genauere Beurtheilung dieses Falles mir nicht möglich.

Doch ist Patientin darum interessant, weil sie eine Cousine des früher auf S. 83 besprochenen Studiosus B., der hier tuberculös und melancholisch starb, ist. Sie theilt mit ihm die schwere, sowohl tuberculöse als neuropathische Belastung. Ihre Mutter starb an

Phthise; zwei ihrer Onkel starben durch Selbstmord; ihr Vetter A. B. erlag, wie gesagt, hier seiner tuberculösen Psychose.

Es ist dies der einzige von allen meinen Fällen, der längere Zeit in der Anstalt zugebracht und bei dem die Psychose lange (13) Jahre vor dem Tode sich zeigte. Es scheint aber, dass die Tuberculose ebenfalls schon in früher Zeit ihre ersten Symptome gezeigt hatte, so dass nicht zu entscheiden ist, welche der beiden Krankheiten zuerst die Kranke befallen hatte. Es ist dies ein Fall, wo die grosse Verwandtschaft der tuberculösen und psychopathischen Constitution sich deutlich zu erkennen gab durch die doppelte hereditäre Belastung, durch das gleichzeitige Bestehen von Tuberculose und Psychose bei zwei Gliedern derselben Familie; wie sie körperlich anämisch, schwächlich war, so zeigte sie sich psychisch schwächlich, reizbar, schüchtern.

Neben der starken Heredität und einem durchgemachten Typhus mag ihr Beruf als Lehrerin mit zum Ausbruch der Psychose beigetragen haben. In den letzten Jahren war vor allem ein Wechsel von Erregung und Depression zuweilen mit Stupor zu bemerken. Während der Erregungsperiode war sie leicht erotisch, machte lächerliche Heirathsanträge, dabei sehr religiös gestimmt. Nie lasciv. Nach monatelanger Erregung kam ein melancholisches Stadium, Pat. sprach weniger, sah blass aus, war kalt, ass fast nichts, nahm an Gewicht ab, wurde apathisch, stand oder sass stundenlang herum, stumm, mit kühler Haut, schlaffer Musculatur, schmerzlichem Gesicht, liess Stuhl und Urin unter sich gehen.

Nach monatlangem Bestehen dieses Zustandes wachte sie allmählig wieder geistig auf, wurde wieder erregt, erotisch, sprach mehr, arbeitete, wurde reinlich.

Nach einem solchen langen stuporösen Stadium im Winter 1877 trat im Frühjahr 1878 mit der Lösung des Stupors die bis dahin mehr oder weniger latente Phthise in ein acutes Stadium. Es kam Fieber, Husten, starke unstillbare Diarrhœ, die Menses blieben aus. Pat. wurde schwach, bettlägerig und starb am 8. Juni 1878.

Während sie so körperlich immer mehr verfallen war, erschien sie geistig in letzter Zeit relativ wohl, sogar leicht erotisch, sonst artig, zartfühlend bis an ihr Ende.

Ob wir es hier wirklich mit einem Fall von Latenz und Alternirung der phthisischen Symptome zu thun haben, kann ich bei der Unvollständigkeit der Krankengeschichte nicht beurtheilen. Doch wäre es denkbar.

Die Section (Hr. Prof. Roth) ergab: Bronchitis, Peribronchitis tuberculosa beider Lungen, besonders der rechten. Pleuritis adhäsiva duplex part. Hydropericard. Follicular-Verschwärung des Dünn- und Dickdarms mit narbigen Stricturen. Einzelne Tubercel (?) der Serosa des Darms. Tuberculose der Mesenterialdrüsen. Infantile Gestalt des Uterus Oedema cerebri, Exostose des linken Parietalbeins, Pachymeningitis hämorrhagica duplex. Asymmetrie des Schädels, spärliche und breite Windungen.

27. Fall.

M. 23 Jahre alt. Kellner.

Aufnahme den 25. Juni 1884. Gestorben den 23. Juli 1884.

Dreiwöchentliches hallucinatorisches Delirium inanitionis bei Phthisis pulmonum und Pleuritis. Sehr lebhafte Hallucinationen. Fieber mässig, auffallend starker Tremor der Gesichtsmuskeln. Gegen Ende meist benommen, aber lebhaft hallucinirend. Tod.

Der auf keinerlei Weise hereditär belastete, stets solide Patient kam schwer benommen hier an. Die Anamnese ist gänzlich ungenügend, um ein Urtheil über den Beginn des Leidens fällen zu können. Er kam völlig verwirrt aus Amerika in Paris an; sein Bruder fand ihn dort deprimirt, ängstlich, lebhaft hallucinirend, besonders mit dem Gehör, Selbstanklagen erhebend, schlaflos in Erwartungsaffecten. Bei der Herfahrt wollte er aus dem fahrenden Eisenbahnzug springen, hier am Bahnhof stürzte er zusammen, ohne Zuckungen dabei zu zeigen.

Bei der Aufnahme war er äusserst anämisch und schwach, blass; dabei hatte er Spasmus der Lieder, leichte Starre der Glieder; am Herzen ein systolisches Geräusch an der Spitze und Hypertrophie, Pleuritis dextra, Fieber und Husten. Psychisch war er benommen, gab zwar zeitweise richtige Antworten, war jedoch dann bald von neuem benommen; leichte Convulsionen der Glieder, lebhafte Hallucinationen des Gesichts, Delirien, Tremor der Hände, ängstlich. Selbstanklagen, hüstelt viel.

2. Juli. — Unruhig, ängstlich; jammert, man solle ihm den Kopf abhauen. Hallucinationen des Gesichts und Gehörs. Retentio urinæ et constipatio. Pupillendifferenz. Temp. = 39.1. Pleuritis dextra.

3. — Delirien, Flockenlesen.

10. — Stat. idem. Delirirt leise. Dyspnœ, starkes Fieber. R.H.U. pleuritisches Reiben.

19. — Somnolent. Keine Paresen. Aengstlich. Pleuritis id.

22. — Immer schwer benommen und verwirrt, sehr lebhaft hallucinirend. Starker Tremor der Muskeln, des Gesichts und der Arme. Tod.

Section (Herr Prof. Roth). — Phthisis pulmonum, Pleuritis dextra. Hypostase der r. Lunge. Synechia pericard. Hypertrophie des Herzens, Insufficienz der Mitralis. Endocarditis verucosa recens mitralis et aortica. Tuberculose der Milz, Nieren, Leber und Lunge.

Epikrise. — Ein hallucinatorisches Delirium bei einem Phthisiker mit Pleuritis von dreiwöchentlicher Dauer, sehr lebhafte Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, dabei

meist ängstliche deprimirte Stimmung. Gegen Ende des Lebens meist benommen, immer noch sehr lebhaft hallucirend, dabei auffällig starker Tremor der Gesichtsmuskeln.

Wir müssen den Fall wohl als Inanitionsdelir auffassen, bedingt durch die Summe der schwächenden Momente, welche aus dem Fieber, der verminderten Nahrungsaufnahme, der bedeutend beeinträchtigten Athmung entspringen können. Das Fieber allein war jedenfalls zu Beginn nicht stark genug, um von sich aus die psychische Störung zu erzeugen.

28. Fall.

N. 35 Jahre alt. Schneiderin.
Aufnahme 1. Juni 1885. Austritt 7. Juli 1885.
Tod 9. Febr. 1886.

Siebentägiges Delirium phthisicum, neuropathische Belastung, psychopathische Constitution. Zweite psychische Erkrankung. Phthisis pulmon. Seit 3 Jahren. Grosse Verworrenheit, lebhafte Hallucinationen, Angst, vage Verfolgungsideen, Gewaltthätigkeit. Rascher Abfall des Delirs. Geistige Genesung, nur reizbarer phth. Charakter. Später Tod.

Patientin ist hereditär belastet; der Vater starb am Schlag, die Mutter an Rückenmark-Auszehrung. Sie selbst war zu psychischer Erkrankung geneigt, sehr reizbar und vor 10 Jahren wegen einer Liebschaft schon einmal gestört.

Seit längerer Zeit, 2—3 Jahren, ist sie phthisisch, seit 8 Wochen aber besonders schwer krank; kam desshalb auf die medicinische Abtheilung. Dort zeigte sie sich anfangs psychisch völlig normal, erst nach einer, wie es scheint zu lebhaften Unterredung mit ihren Angehörigen wurde sie unruhig, ängstlich, verweigerte die Nahrung, glaubte sich von Feinden umgeben und musste daher auf die psychiatrische Abtheilung gebracht werden. Bei der

Aufnahme (1. Juni). — Ganz verwirrt, spricht in einem fort; ihre bald deprimirten, bald erotischen Aussagen entbehrten jeglichen Zusammenhanges, dabei ist sie ängstlich, körperlich grosse Anämie, weit vorgeschrittene Phthise, ziemlich viel Husten. Temp. 38.0.

Pat. blieb nun 6 Tage lang so verwirrt, dann trat ziemlich rasch psychische Besserung ein. In diesen 6 Tagen war sie, wie gesagt, stets verwirrt; ihr fast ununterbrochenes Geschwätz war meist sinnlos, völlig unzusammenhängend; zuweilen schimpfte sie, wurde sogar gewaltthätig, zuweilen verrieth sie Wahnideen auf Grund von Gehörhallucinationen mit dem Charakter der Verfolgung. Oefters verweigerte sie die Nahrung.

Die psychische Remission fiel am 6. Tage zusammen mit einem Abfall des Fiebers auf die Norm. Am Tag darauf erschien ein Herpes labialis. Nichtsdestoweniger glaube ich nicht, dass dieses Delir nun als reines Fieberdelir anzusehen sei. Denn trotz sehr hoher Temperaturen am 7. Tag 40.1
8. „ 40.1
an den folgenden Tagen Temperaturen, wie sie in dieser Höhe während des Delirs nie beobachtet worden waren, kehrte die Störung nie wieder zurück. Pat. blieb vielmehr geistig ruhig, nur erwies sie sich als sehr empfindlich, reizbar. Ob dies in ihrem Charakter lag, oder ob hierin jener wiederholt nun beobachtete phthisische Charakter zum Vorschein kam, bleibt eine Frage. — Die Kranke wurde geistig gesund am 7. Juli ihrer Phthise wegen auf die medicinische Abtheilung entlassen; sie starb dort am 2. Februar 1886. *Klg.* VII. 3 42.

Epikrise. — Ein 7tägiges Delirium mit lebhaften Hallucinationen bei einer neuropathisch belasteten, früher schon einmal gestört gewesenen Phthisika. Das Delirium bot den Charakter grosser Verworrenheit und Zusammenhangslosigkeit. Lebhafte Hallucinationen besonders des Gehörs gaben Veranlassung zu vagen Verfolgungsideen; Neigung zu Gewaltthätigkeit. Rapider Abfall des Delirs. Weder das Fieber, noch die Anämie können hier wohl die alleinige Ursache gewesen sein, denn beide bestanden nach Aufhören des Deliriums in erhöhtem Grade sogar weiter fort. Die Ursache wird hier wohl in der tuberculösen Affection gesucht werden müssen. Sei es, dass eine neue unbeachtet gebliebene Infiltration stattgefunden hat, oder dass von den Cavernen eine Art Infection durch Resorption von Caverneninhalt eintrat.

Einem andern Falle, der in der Krankengeschichte als Delirium anämicum et phthisicum figurirt, glaube ich einen nähern Zusammenhang mit Phthise absprechen zu müssen.

29. Fall.

H. 29 Jahre alt. Fabrikarbeiterin.
Aufnahme 23. Juni. Austritt 2. Juli 1884.

Delirium febrile anämicum post castrationem mit Narcose, Blutverlust und nachfolgendem starkem Fieber.

Lebhafte Hallucinationen besonders Thiervisionen, Benommenheit, zeitweise auch bei Bewusstsein. Nach Wegfall des Delirs reizbare Stimmung. Phthisis seit mehreren Jahren. Geistig schwach.

Anamnese: Hereditär schwer belastet. Der Vater und zwei Geschwister starben an Phthise. Sie selbst war als Kind immer kränklich, litt viel an bösen Augen, machte Typhus (11jährig), Cholera (12jährig), Masern (20jährig) durch. Immer hatte sie grosse menstruale Beschwerden, war desshalb einmal 22 Wochen in Zürich auf der gynäcologischen Klinik. Litt bis in die jüngste Zeit daran.

Psychisch war sie schon früh abnorm, schwach. Bei den ersten Menses im 16. Jahre 4 Wochen lang „im Kopfe angegriffen." — Der Spitalgeistliche, der sie schon frühe kannte, habe sie stets als nicht geistig normal angesehen. Ihrer Perioophoritis wegen, die sie völlig arbeitsunfähig machte, wurde die Castration in Narcose ausgeführt, wobei die Kranke viel Blut verlor. Schon am Tag der Operation trat Fieber von 38.4 mit einem Puls = 144 und heftigen Bauchschmerzen auf. Das Fieber stieg am Tag darauf auf 39.1. Puls = 144, und nun zeigten sich die ersten Symptome der Geistesstörung. Die Kranke verweigerte die Nahrung, hatte einen merkwürdigen Gesichtsausdruck. — Am 4. Tag nach der Operation trat ein hallucinatorisches Delirium auf. Ihr Sensorium war benommen; sie sah allerhand Thiere, doch hatte sie auch freie Intervalle. Dieser leichte Grad von Benommenheit dauerte noch einige Tage, besonders aber war Pat. Nachts unruhig, wollte fort; doch wurden keine lebhafteren Hallucinationen mehr bemerkt. Dagegen machte sich nun eine reizbare Stimmung geltend, indem Pat. über jedes und alles zu schimpfen wusste. Mit Nachlass des Fiebers wurde die Kranke ruhig und konnte aus der gynäcologischen Abtheilung aufs Land entlassen werden. Dort blieb sie einige Wochen und ward erst am 23. Juni ins Irrenhaus gebracht, wo aber ausser einer, den Umständen wohl entsprechenden leichten Depression nichts psychopathisches zu Tage trat, so dass Pat. am 2. Juli auf die medicinische Abtheilung als Phthisica entlassen werden konnte.

Epikrise. — Ich glaube, dass wir es hier mit einem Delirium febrile bei der durch die Operation, den Blutverlust, die Narcose, die vorgängige Aufregung geschwächten neuropathischen Person zu thun haben. Die schon längere Zeit bestehende Phthise (Dämpfung, Bronchialathmen, trocknes Rasseln, eitrige Sputa und abendliches Fieber) mag wohl auch zur Schwächung der Patientin beigetragen haben; einen nähern directen Zusammenhang der Phthise aber mit

diesem kurzen Delirium kann ich nicht erkennen. Ich will nicht versäumen, auf die Thiervisionen aufmerksam zu machen, die wir in mehreren Fällen von anämischen Delirien, so auch in diesem beobachten konnten.

30. Fall.

G. 36 Jahre alt. Dienstmann.
Aufnahme 24. Juni 1882. Austritt 1. Juli 1882.

Transitorischer Wuthanfall auf Grund hochgradiger Anämie bei schon vorgeschrittener Phthisis pulm. Rasche Beruhigung, keine Amnesie. Reizbarer, phthisischer Charakter.

Anamnese: Der Vater starb an ? Mutter und Geschwister gesund. Der Patient selbst war gesund bis vor $^3/_4$ Jahren; da fing er an, an Diarrhœ zu leiden, zu der sich vor einem halben Jahre Oedem der Füsse und Geschwulst des Abdomens entwickelten. Seit einem halben Jahre ist die Diarrhœ stärker; oft hatte G. 12 Stühle im Tag. Doch bis vor einem halben Jahre nie Fieber oder Husten.

Vom 25. Januar bis 20. Februar lag er im Spital mit der Diagnose Tympanites, Stenosis intestini? Abgesacktes peritonitisches Exsudat. Damals waren die Lungen noch normal, kein Husten; Milz gross, Abdomen aufgetrieben.

Am 22. Juni trat Pat. wieder ein auf die medicin. Abtheilung im Zustande äussersten Marasmuses. Seit einiger Zeit Husten, eitrige Sputa, viel Nahrungsmangel. Die physicalische Untersuchung ergab: Lungen: L. H. O. und L. V. O. in fossæ supraclavic. Dämpfung; ebenso R. O. Ueberall schwaches, unbestimmtes Athmen, kein Bronchialathmen, R. U. Rasseln. Zeitweise Bewusstsein benommen.

24. — Hunger-Delirien, unrein, zerschlägt Geschirre, wirft Gläser herunter, will nach Haus, ganz unklar, schreit und lärmt beständig; ins Irrenhaus gebracht.

Aufnahme: Hier ruhig; Puls rasch und schwach, ganz bei sich, will heim. Weiss im Allgemeinen von seiner Aufregung, seiner Fesselung, Zerstörungssucht, erklärt es durch absichtliche Reizung und nicht erfülltes Entlassungsbegehren.

Status der Lungen wie oben, nur kein Rasseln. Abdomen: R. gedämpft, links tympanitisch. Oft Diarrhœ, will Abends kein Laudanum nehmen, da ihm der Wein Brennen verursache. Lässt sich nicht einzwingen.

26. — Nachts ruhig geschlafen; drängt heute immer fort; wenig erkenntlich für die Pflege; sagt, er könne den Wein nur mit Siphon trinken.

28. — Diarrhœ; hustet zuweilen, will fort. Lungen: H.R.O. u. L. Dämpfung. L. Dämpfung höher, Athem abgeschwächt. L. mit trockenem Reiben und Rasseln, kein Fieber. — Stets Diarrhœ. Wird auf die medicin. Abtheilung entlassen.

Stirbt am 29. Juli.

Section (Herr Prof. Roth). — Phthisis pulmon. Pleuritis exsudutiva sinistra ($2^1/_2$ Liter). Milztumor, Perisplenitis chronica. Peritonitis chronica. (Gehirn und Rückenmark nicht untersucht.)

Epikrise. — Es handelt sich somit um einen Mann, der durch längern Nahrungsmangel, durch langdauernde starke Diarrhöen, Husten und eitrigen Auswurf zum hochgradigen Marasmus gebracht, im Spital durch Nichterfüllung des Wunsches nach Entlassung (?) in einen Zustand zorniger Aufregung, in einen wahren Wuthanfall gerathen war. Er beruhigte sich jedoch bald wieder und verfiel nie mehr in einen ähnlichen Zustand. Es handelt sich also um einen transitorischen Wuthanfall. Patient hat, soviel aus der Krankengeschichte erhellt, nie in seinem Leben epileptische Anfälle oder Aequivalente solcher gehabt, auch erinnerte er sich ziemlich genau des Ereignisses; es fehlen überhaupt jegliche Anhaltspunkte, um hier eine epileptische Störung etwa anzunehmen.

Ebenso können wir eine alcoholische Grundlage ausschliessen. Dagegen werden wir wohl nicht fehl gehen, wenn wir annehmen, dass durch die verschiedenen obengenannten schwächenden Momente das Gehirn des Kranken in einen solchen Zustand reizbarer Schwäche gerieth, dass das geringste äussere Reizmoment, z. B. Widerspruch, die heftigsten Zornausbrüche zur Folge hatte, d. h.

Wir müssen diese reizbare Schwäche, respective diese Abschwächung der Hemmungswirkung der Grosshirnrinde, allgemein auf Anämie zurückführen und es unentschieden lassen, ob in unserem speciellen Falle mehr der Nahrungsmangel, die Diarrhöen, der Husten und Auswurf oder die tuberculöse Lungenaffection als solche den reizbaren Schwächezustand erzeugte. Aehnliche transitorische Störungen kommen ja hie und da bei verschiedenartigen Inanitionszuständen vor.

Dagegen möchte ich darauf aufmerksam machen, dass sich unser Kranker auch im weiteren Verlaufe der Anstaltsbehandlung als reizbar in hohem Grade, missleidig, widerspenstig, undankbar, launisch erwies. Es kann sich auch hier um einen jener reizbaren Charaktere handeln, wie ihn die Phthise in verschiedenen Stadien oft erzeugt und von denen uns mehrere Beispiele schon entgegengetreten sind.

31. Fall.

Dr. T. 35 Jahre alt. Jurist.
Aufnahme 14. Januar 1884.
Austritt 9. April 1884.

Delirium symptomaticum auf Grund von Phthise, neuropathische Constitution. Andeutungen von phthisischem Charakter. Zeitweise kurzdauernde Zustände von Verwirrtheit, dann circa 14tägiges hallucinator. Delirium, gegen Ende oft von freien Zeiten unterbrochen. Sehr lebhafte Hallucination des Gesichts und Gefühls. Erinnerung an diese Zeit später unvollständig. Psychische Genesung. Fortgang der Phthise und später Tod ausserhalb der Anstalt. Keine Section.

Anamnese: Eine Cousine (mütterl. seits) starb phthisisch, sonst besteht keine Heredität. Pat. war selbst nervös, duldete keinen Widerspruch, zeitweise etwas Potator (Grog und Wein). Seit der Kindheit schwächlich, hat nie viel gegessen, litt oft an Drüsen, häufig an Nasenbluten. Vor einem Jahr im Spital Pleuritis, seit 4 Monaten viel Husten mit Auswurf, zeitweise mit blutigem; in letzter Zeit auch starke Nachtschweisse. — In den letzten 2 Monaten, besonders aber seit 6 Wochen ist Pat. sehr nervös und reizbar, konnte kein Geräusch mehr ertragen, war zeitweise „ganz weg", in den Reden oft völlig verwirrt, abspringend von einem Gegenstand zum andern, sah Dinge, die nicht existirten, sah das Meer und Schiffe vor dem Fenster. — Vom 8. Januar bis zum 14. Januar lag Pat. auf der medicin. Klinik, zeitweise bei Bewusstsein, meist aber benommen, delirirend, sehr lebhaft hallucinirend. Sprang, wahrscheinlich in Folge einer ängstlichen Hallucination, aus dem Bett und konnte nur mit Mühe gehalten werden. Auf der Irrenabtheilung bei der Aufnahme am 14. Januar afebril, Puls 120, stark kachektisch, Thorax paralyticus, Phthisis pulm. L.V.O. Dämpfung, Inspirirum unbestimmt, feuchtes Rasseln. — Schwach.

Psychisch apathisch, antwortet langsam, aber vernünftig, plötzlich wird er verwirrt und delirirt, äussert Verfolgungsideen, man habe ihn vergiften wollen, sieht magnetische Fäden, will sie mit den Fingern drehen. Keine paralytischen Symptome, trockener Husten, Urin ohne Eiweiss. Sah Kutschen im Hof.

Klg.

Verlauf. — 18. Januar. Meist ruhig und bei sich, zeitweise
I. 14 43.5 leise delirirend. Giebt Aufschlüsse über sein Vorleben, es zeigt sich
31 45 Gedächtnissschwäche und Paraphasie. Sprache langsam, stossend, war früher nicht so. Vom August 1883 an kann er sich nicht mehr recht über das Erlebte besinnen, es wird ihm immer unklarer. — Erkennt selbst, in letzter Zeit irre Momente gehabt zu haben. Schwankt beim Gehen; P. Reflexe verstärkt.

Pupillendifferenz: die l. Pupille weiter als die r., Mund etwas nach links verzogen, Doppeltsehen (?). Die R. obere und untere Extremität schwächer als die linke in Bezug auf Bewegung und Empfindung.

19. — Erzählt, man habe ihn vergiftet, das sei die Ursache seiner Krankheit. Abends Blut im Sputum, Fieber.

22. — Viel Husten, Rheumatismus.

24. — Seitdem fast ganz lucid, nur noch leichte Amnesie und Andeutung von früheren Wahnideen und Delirien. Er erkennt täglich diese oder jene Wahnidee als solche an. Schwäche.

I. 31 45 25.—27. — Im ganzen ziemlich klar und vernünftig. Erinnert sich nicht genau an die Uebersiedlung aus der medicin. Abtheilung ins Irrenhaus.

II. 11 45 2. Februar. — Somatisch gebessert, Husten und Auswurf geringer;
28 43.5 psychisch ganz ruhig und klar, freundlich, liebenswürdig, kräftiger, steht auf. Abends Fieber.

7. — Stat. idem. Ruhig, klar, Abends immer Fieber 38—38.5°. Husten und Auswurf geringer. Erinnerungsdefekt über den Aufenthalt auf der medicin. Abtheilung und die ersten Tage hier.

16. — Psychisch klar. Abends hektisches Fieber, Husten, Auswurf mit Blut, appetitlos.

25. — L. H. O. absolute Dämpfung, ebenso L. V. O.

L. V. zwischen II. und IV. Rippe gedämpft tympanitisch, R. überall sonor. L. O. cavernöse Geräusche, Reiben.

III. 6 42.5 März. — Psychisch klar. Oefters Uebelkeit, Rheumatismen,
20 42.5 Abends stets Fieber.

IV. 10 42.5 April. — Geht regelmässig spazieren. Temperaturen Abends nie mehr so hoch, nie bis 38° C. — Starb später.

Körpergewichte	*Klg.*
bei der Aufnahme .	43.5
Februar .	45.0 (??)
März .	42.5
beim Austritt .	42.5.

Epikrise. — Hereditär wenig oder gar nicht belastet; dagegen stets reizbar, nervös, körperlich nie besonders stark. Die Phthise bestand wahrscheinlich schon seit mehreren Jahren, sicher war die Pleuritis vor einem Jahr phthisischer Herkunft. Wir müssen daher die Phthise als primäre Erkrankung auffassen.

Die Psychose begann mit einer gesteigerten Reizbarkeit und zeitweisen Zuständen von Benommenheit, von Verwirrtheit mit Hallucinationen. Auf der medicinischen Abtheilung beherrschte, kurze Momente psychischer Klarheit ausgenommen, eine hochgradige hallucinatorische Verwirrtheit die Scene, namentlich traten Hallucinationen des Gesichts und Gefühls in Vordergrund. In der Irrenanstalt zeigten sich allerlei Vergiftungs- und Verfolgungsdelirien, wahrscheinlich auf abnormen Gefühlen und Hallucinationen verschiedener Sinne beruhend. Der Kranke wurde aber rasch klarer, am zehnten Tag der Irrenhausbehandlung völlig lucid, nur waren noch am sechsten Tag Vergiftungsideen aufgetaucht, die Patient zur Erklärung seiner Krankheit benutzte. Anfangs zeigte sich völlige Amnesie für die Vorgänge der letzten Zeit; allmählig aber tauchte eine Erinnerung nach der andern, zuerst dunkel, dann immer deutlicher im Bewusstsein auf und eine alte Wahnvorstellung nach der andern wurde als solche erkannt. Patient blieb nunmehr geistig gesund bis zu seinem bald nach der Entlassung an Phthise erfolgten Tode. Die Phthise hatte während der ganzen Dauer der Psychose ungestört weiter ihre Symptome gemacht, Fieber, Husten, Auswurf mit Blut etc.; von einer Latenz war keine Rede, objectiv konnte ein bedeutender Fortschritt der Lungenkrankheit beim Auswurf nachgewiesen werden. — Selbst beim Austritt erinnerte sich der Kranke nicht genau des Aufenthaltes auf der medicinischen Abtheilung, ein Beweis der tiefen Bewusstseinsstörung zu dieser Zeit.

Die Diagnose war in diesem Falle recht schwierig. Es wurde an eine Meningitis tuberculosa gedacht. In der That waren manche Symptome da, die eine solche Diagnose recht-

fertigten, so die Pupillendifferenz, die leichte Facialisparese rechts, die motorische und sensible Schwäche der rechten obern und untern Extremität, welche Schwäche auch nach Aufhören der Delirien in leichtem Grade weiterbestand, Andeutungen von Opisthotonus, von Druckempfindlichkeit der Nackenmusculatur etc. Dass der Kranke psychisch wieder zur Genesung kam, spricht nicht mit Sicherheit gegen Meningitis tuberculosa, da Fälle von Heilung dieser Krankheit in der Litteratur nicht allzuselten sind.

Da leider bei dem ausserhalb des Spitals erfolgten Tode des Patienten keine Section gemacht wurde, so konnte keine Gewissheit über die Natur der Krankheit Dr. T's. erlangt werden. — Ich reihe daher den Fall auch unter die delirösen Zustände ein.

III.

Schlussfolgerungen.

Nachdem wir nun die einzelnen Fälle besprochen haben, wollen wir sehen, welche Schlüsse sich aus denselben ziehen lassen und wie sich unsere Resultate zu den Angaben der Litteratur verhalten.

Was vorerst die so wichtige Frage der Häufigkeit der Tuberculose bei Geisteskranken betrifft, so habe ich schon bemerkt, dass die Zahl unserer Fälle zu klein ist, um uns ein gültiges Urtheil in dieser Frage zu gestatten, sonst müssten wir, da von unseren 147 Fällen, die zur Section gelangten, nur 23 tuberculös waren, also nur 15.6 % zur Ansicht kommen, dass die Tuberculose bei Geisteskranken nicht nur nicht häufiger sei denn bei Geistesgesunden, sondern eher seltner, da ja nach den statistischen Mittheilungen für Basel-Stadt im Mittel 28 % aller durch Krankheit in Basel gestorbenen Erwachsenen der Phthisis pulmon. erlagen. Doch sind, wie ebenfalls schon bemerkt, die Verhältnisse unserer stark überfüllten und daher stetem Wechsel der Kranken ausgesetzten Anstalt mit ihren vielen acuten, namentlich alcoholischen Fällen, so eigenartig, dass sich unser Resultat nicht so ohne weiteres mit dem anderer Anstalten vergleichen lässt.

Dazu sind die verschiedensten Autoren, zumal diejenigen, die sich auf Sectionen stützen in ihren Statistiken — und das sind gerade die neueren — so einstimmig der Ansicht, dass die Tuberculose eine häufige Erkrankung in Irrenanstalten, respective bei Geisteskranken ist, dass mein kleines Material mir nicht gestattet, dieser Ansicht entgegen zu treten. — Ich glaube vielmehr auch, dass in manchen Gegenden die Tuberculose eine sehr häufige Erkrankungs-

form der Geisteskranken ist; aber es scheint mir auch, dass das Procentverhältniss, in dem Tuberculose bei Irren vorkommt, ausserordentlich varirt je nach den geographischen, hygieinischen, finanziellen etc. Verhältnissen der betreffenden Gegend und Anstalt. Ich zweifle, ob sich allgemein gültige Zahlen über die Häufigkeit der Tuberculose bei Irren aufstellen lassen.

Es knüpft sich an die eben besprochene Frage die weitere an, welche der beiden Krankheiten in der Mehrzahl der Fälle zuerst aufgetreten ist, die Tuberculose oder die Psychose, oder vielmehr, da diejenige Krankheit, welche in der Mehrzahl der Fälle der andern vorangeht, die Ursache der letzteren sein muss, welche der beiden Krankheiten in der Mehrzahl der Fälle als Ursache der andern angesehen werden kann.

Hier kommen nun die Autoren zu ganz entgegengesetzten Schlüssen. Während nämlich Hagen findet, dass in der Mehrzahl der Fälle die Psychose der Tuberculose vorangeht, behauptet Clouston, dass im Gegentheil meist die Tuberculose oder wenigstens die Tendenz dazu der Psychose vorangehe.

Ich habe nun alle meine Fälle genau auf diese Frage hin geprüft und gefunden,

dass in der grossen Mehrzahl meiner Fälle die Tuberculose der Psychose voranging.

Es war die Tuberculose

in 23 von 31 Fällen sicher primär
» 4 » 31 » wahrscheinlich secundär
» 4 » 31 » war es zweifelhaft, welche

der beiden Krankheiten zuerst aufgetreten war. Die vier Fälle primärer Psychose betrafen:

3 Paralytiker und
1 Alcoholistin,

somit bestand in 74.1 % aller Fälle die Tuberculose vor Ausbruch der Geistesstörung und nur in 12.9 % hatte sich die Geisteskrankheit vor der Tuberculose gezeigt.

Ich bin nun natürlich weit entfernt davon, zu behaupten, dass in diesen 74.1% der Fälle die Tuberculose auch als Ursache der Psychose aufzufassen sei; dagegen beweist dies doch, dass in der weitaus grossen Mehrzahl der Fälle die Psychose nicht die Ursache der Tuberculose gewesen sein kann.

Zum selben Resultat komme ich, wenn ich nach dem Vorgange Hagen's und Clouston's zusammenstelle, wie lange nach Beginn der Alienation die einzelnen Kranken starben:

Es starben nach Beginn der Psychose vor Ablauf des

1.	Monats	13	Fälle
2.	»	—	»
3.	»	2	»
6.	»	1	»
1.	Jahres	2	»
2.	»	3	»
3.	»	2	»
5.	»	1	»
13.	»	1	»

Zum Vergleiche führe ich an, dass von 282 Fällen Cloustons starben vor Ablauf des

1.	Jahres	66	Fälle = 1/4
2.	»	42	»
3.	»	33	»
			142 = 282/2
4.	»	28	»

dagegen von Hagen 117 Fällen vor Ablauf des

	6. Monats	3	Fälle
	1. Jahres	6	»
	2. »	14	»
nach dem	2. »	94	»

Es sind dies, wie wir sehen, sehr divergente Resultate, die uns auch die grosse Verschiedenheit der Ansichten dieser 2 Autoren in der Frage erklären.

Von meinen 25 Fällen starben 18 im Verlauf des ersten Jahres nach Ausbruch der Psychose. Auch wenn ich sonst nicht hätte nachweisen können, dass in der Mehrzahl der Fälle die Phthise zuerst da war, würde diese Tabelle mir beweisen, dass in der Mehrzahl meiner Fälle die Tuberculose schon bestanden hatte, als die Psychose zum Ausbruch kam. Es ist in hohem Grade unwahrscheinlich, dass in so viel Fällen in Zeit eines Jahres nicht nur die Tuberculose sich entwickelt, sondern auch zum Tode geführt hätte.

Es beweist uns das Alles, dass weder langes Anstaltsleben noch der schädigende Einfluss der Psychose überhaupt die Tuberculose erzeugt haben kann.

Gewiss ist auch in manchen Fällen von tuberculösen Geistesstörungen die Tuberculose zuerst dagewesen, obschon sie weder subjective noch objective Symptome gemacht hatte. Die unzweifelhafte Thatsache der Latenz der Phthise bei Geisteskranken erlaubt mir diese Annahme. So zu sagen alle Autoren, von den ältesten bis zu den neuesten bestätigen, dass häufig die Tuberculose bei Geisteskranken ihren Lauf macht, ohne sich durch irgend welche Symptome selbst dem geübten Beobachter zu verrathen, ja Clouston geht so weit zu sagen: »Phthisis ist gänzlich latent in ungefähr $^1/_4$—$^1/_3$ aller Fälle; in beinahe allen Fällen ist sie es für eine beträchtliche Zeit.« Nur in der Hälfte seiner 282 Fälle war die Diagnose auf Tuberculose ante mortem überhaupt gestellt worden.

Trotzdem nun hier in Basel bei der geringen Krankenzahl (im Jahr 1881 war das Maximum des Krankenstandes 77 Kranke) jeder einzelne Fall einer sorgfältigen Untersuchung und genauen Beobachtung unterzogen werden kann und auch wird, kamen doch auch hier Fälle zur Section, wo die Tuberculose undiagnosticirt geblieben war, obschon sie offenbar längere Zeit schon bestanden hatte, also Fälle völliger Latenz.

Von meinen 25 Fällen, bei denen die Section Tuberculose nachwies, waren 5 undiagnosticirt geblieben, also

20 %. Sie hatten weder Auswurf noch Husten, noch sonstige für Phthise verdächtige Symptome dargeboten.

Zwei derselben betreffen Paralytiker, von denen wir durch Clouston wissen, dass Latenz der phthisischen Symptome sehr häufig bei ihnen vorkömmt, ja nach Clouston ist sogar in der Mehrzahl der phthisischen Paralytiker die Phthisis latent.

Da mir nun nur 3 Fälle von tuberculösen Paralysen zur Verfügung stehen, so kann ich nicht beurtheilen, ob diese Angabe Cloustons richtig ist. Immerhin ist auffallend, dass von nur 3 Paralytikern 2 diese Latenz in vollstem Maasse zeigten. — Ein dritter Fall betrifft einen Mann mit Delirium tremens (zweiter alcohol. Fall G.). Der betreffende Kranke war aber nur 6 Tage in Beobachtung gewesen und wegen seiner steten Unruhe nie recht zu untersuchen, bot auch überhaupt nur ganz geringe tuberculöse Veränderungen in den Lungen dar. Der vierte Fall war die Frau H. (Alcoholismus chron. vierter alcoh. Fall), der fünfte die Frau W. mit der Puerperal-Psychose. Ausser diesem Mann mit Delir. trem. waren alle längere Zeit in der Anstalt gewesen, der eine 6 Wochen, der andere 10 Wochen, die 2 Paralytiker länger als 1 Jahr, so dass reichlich Gelegenheit zur Beobachtung und zur Erkennung krankhafter Erscheinungen geboten war.

Neben diesen Fällen von Latenz kamen auch solche von Alternirung zur Beobachtung und zwar in 3 Fällen; namentlich war dieses Alterniren der phthisischen und psychopathischen Symptome bei jener Frau Schm. mit Melancholia periodica schön ausgesprochen. Mindestens zweimal alternirten die Symptome der Phthise völlig mit denen der Melancholie, ja die Kranke sprach selbst einmal den Wunsch aus, wenn nur der Husten wieder käme, dann würde ihr auch geistig wieder besser zu Muthe sein. Fast eben so deutlich war dies Alterniren bei Fall Spl. mit Melancholia agitata zu erkennen. Auch dieser Kranke hatte die Beobachtung gemacht, dass das psychische Befinden sich besserte,

wenn die phthisischen Symptome, Husten, Auswurf etc. zunahmen und umgekehrt. Zuletzt konnte auch bei dem Fall Br. (secundäre Verrücktheit) ein gewisses Alterniren constatirt werden, indem nach einem langen Stadium stuporosum mit der Lösung desselben die bis dahin mehr weniger latente aber zweifellos schon lange bestehende Phthise plötzlich intensive subjective und objective Symptome machte und rapid zum körperlichen Zerfall führte, während die Kranke geistig frischer war, denn seit langem.

In all diesen Fällen konnte man, wie schon bemerkt, objectiv genau nachweisen, dass die Phthise in der Zeit des scheinbaren Stillstandes keineswegs wirklich still stand, sondern ungestört weiter schritt. Die Phthise wurde wohl versteckt, ihre Symptome masquirt durch den Ausbruch der geistigen Störung — die beiläufig bemerkt in allen 3 Fällen in tiefer Depression bestand — nicht aber geheilt oder auch nur wesentlich in ihrem Verlaufe aufgehalten.

Worauf das Masquiren der phthisischen Symptome beruht, lasse ich dahin gestellt sein und verweise nur auf die Bemerkungen Culleres über diese Frage. Dass durch das Masquiren der Symptome der Gang der Phthise kann verzögert werden, ist denkbar; Beispiele hiefür stehen mir jedoch nicht zu Gebote; aber dass je einmal eine Krankheit durch den Ausbruch der andern ganz geheilt werden kann, möchte ich bezweifeln. Es drängt sich mir zum Schlusse die Frage auf, ob denn die Latenz der phthisischen Symptome bei Geisteskranken um so viel öfter vorkomme, als bei Geistesgesunden, oder ob nicht auch da häufig bei der Section unerwartete Tuberculose gefunden wird, wo nichts intra vitam eine solche vermuthen liess. Nach Bäumler[36]) kommt es nicht selten vor, dass im Verlauf einer Lungenschwindsucht bei Geistesgesunden, die bereits mit hectischen Erscheinungen einhergeht, das Hinzutreten einer Compli-

36) Ueber einen eigenthümlichen Einfluss von Gehirnkrankheiten auf den Verlauf der Lungenphthise. (Archiv für Psychiatrie XI. S. 255.)

cation von chron. Verlauf, wie z. B. einer Darmphthise, einer schleichenden Peritonitis etc. eine völlige Umwandlung des Krankheitsbildes bewirkt, das Fieber nimmt ab oder hört ganz auf, Husten und Auswurf werden sehr gering, Dyspnœ und Pulsfrequenz mindern sich, kurz gerade der charakteristische Theil des Krankheitsbildes kann ganz in den Hintergrund treten, trotz Fortschreiten der Phthise.

Wenn Louis Angabe, dass bei geistesgesunden Phthisikern die Phthise nur in $^1/_{15}$ der Fälle latent verläuft, richtig ist, dann wäre die Latenz der Phthise bei Geistesgesunden bedeutend seltner denn bei Geisteskranken, da ja Clouston bei $^1/_4$—$^1/_3$ seiner Fälle die Phthise latent fand und ich in 5 von 25 Fällen = $^1/_5$.

Dass übrigens nicht bloss unter dem Einflusse acuter Psychosen, sondern auch unter dem gröberer pathologischer Processe im Gehirn wie Tumoren, Encephalitis, die Erscheinungen einer in den Lungen und anderen Organen localisirten Phthise latent werden oder von Anfang an latent verlaufen können, zeigte Bäumler an drei von ihm beobachteten Fällen.

Da wir gesehen haben, dass in 23 von 31 Fällen oder in 74 % der Fälle die Tuberculose sicher primär war, so können wir bestimmt behaupten, dass (im Gegensatz zu Hagen's Fällen) in der weitaus grössern Zahl unserer Fälle die Tuberculose nicht die Folge der Psychosen gewesen war. Es drängt sich aber auch der Gedanke auf, ob nicht, wenn auch nicht in allen, so doch in einigen dieser Fälle die Tuberculose irgend welche nähere Beziehungen zur Psychose hatte.

Ich bin wie Clouston der Ansicht, dass Tuberculose in manchen Fällen die nähere oder entferntere Ursache einer Psychose werden kann und glaube, dass sie es in meinen Fällen auch geworden ist.

Die durch Tuberculose bedingte geistige Störung scheint mir sich in verschiedener Weise darbieten zu können, und zwar als

I. Phthisischer Charakter.

Es ist eine unstreitbare Thatsache, dass viele Phthisiker während ihres Leidens eine eigenthümliche Aenderung ihres Charakters zeigen. Der neue Charakter kann zwar noch lange nicht als Psychose bezeichnet werden, entspricht aber immerhin nicht einem gesunden Seelenleben und ist so charakteristisch, dass er von manchen Autoren als Hülfsmittel zur Diagnose der Phthise benutzt wird. — Es mag daher die Aufstellung eines eigenen phthisischen Charakters — sit venia verbo — etwa analog dem hysterischen, epileptischen, alcoholischen, masturbatorischen berechtigt erscheinen.

Die Kranken, die vielleicht sonst einer ruhigen stabilen Stimmung sich erfreuten, klar und richtig dachten, sich und die Verhältnisse der Aussenwelt scharf zu beurtheilen im Stande waren, werden nun auf einmal schwankend, rasch wechselnd in der Stimmung, auch scheinbar spontan ohne äussere Veranlassung. Die Stimmung wird auch abhängiger von ganz unbedeutenden Verhältnissen, z. B. der Witterung, ihre Amplitude, wenn ich mich so ausdrücken darf, wird grösser, sie schwankt zwischen weiteren Extremen hin und her. Uebertriebene hypochondrische Befürchtungen wechseln rasch ab mit optimistischen unbegründeten Hoffnungen auf Genesung. Dabei werden die Kranken reizbarer, ertragen weniger Widerspruch, zeigen oft eigenthümliche rasch wechselnde Sympathien und Antipathien. Charakteristisch ist auch das oft zu beobachtende Spielen der Kranken mit ihrer Krankheit, das sich Lustigmachen und Spötteln über dieselbe, das man wohl bei keiner andern schweren chronischen Krankheit so regelmässig trifft, wie bei der Phthise.

Aber auch die intellectuellen Fähigkeiten, das Gedächtniss, die Urtheils- und geistige Arbeitskraft der Patienten nehmen ab, was Brehmer ganz besonders betont. Die Patienten sind nicht mehr im Stande, früher mit Leichtigkeit

ausgeführte geistige Arbeiten (z. B. Lectüre) zu vollenden; sie greifen zwar die Arbeit mit grossem Eifer und scheinbarer Energie Anfangs an, aber rasch ermüden sie und legen das begonnene Werk bei Seite. Auch jenes bekannte, fast sprüchwörtlich gewordene, oft erstaunlich unvernünftige Pläne machen, besonders das Projectiren von weiten Reisen oft wenige Tage, ja Stunden vor dem Tode zeugt vielleicht von Verminderung der Urtheilsfähigkeit.

Eigenthümlich ferner ist ihnen eine gewisse Launenhaftigkeit, Capriciosität, namentlich in Bezug auf die Auswahl der Speisen — unabhängig vom Appetit — nichts ist ihnen recht und an allem haben sie etwas auszusetzen. Nicht selten beobachtet man vorübergehende Aufregungszustände und Delirien, die dann schon mehr ins Gebiet der Psychose gehören.

Dieser ganze ebengeschilderte Symptomencomplex, den man vielleicht als Ausdruck reizbarer Schwäche kurz charakterisiren kann, steigert sich zuweilen in's Krankhafte; es entsteht dann das, was Clouston unter dem Namen phthisical Manie als eigene Gruppe von Psychosen geschildert hat.

Es liegt in der Natur der Sache, dass die Mehrzahl derjenigen Phthisiker, welche diese Charakteränderung zeigen, nicht in Irrenhäusern zur Beobachtung gelangen, da ja die psychische Anomalie noch in der Breite der geistigen Gesundheit liegt. Dennoch konnte ich unter meinen 31 Kranken mehrere Fälle entdecken, bei denen, sei es vor ihrer Aufnahme, sei es während ihres Aufenthaltes im Irrenhaus, der geschilderte phthisische Charakter sich deutlich zu erkennen gab; ich erinnere z. B. an die eigenthümliche, selbst von Laien erkannte Charakteränderung eines Falles von Meningitis tuberculosa einige Monate vor Ausbruch der Psychose, an das fast unerträgliche, capriciöse launenhafte Wesen jener Jungfrau R. (hallucinat. Verrücktheit) und Jungfrau W. (halluc. Verrücktheit), an den ganz eigenthümlichen reizbaren, wetterwendischen, launischen, misstrauischen Cha-

rakter des Melancholikers Br. Leichtere Andeutungen dieses Charakters fanden sich noch bei drei anderen Kranken, bei dem Fall von transitorischer Wuth (G.), bei Frau N. mit Delirium phthis. und bei Dr. T. mit Delirium acutum phthisicum, unserm letzten Falle. Wir konnten also diesen phthisischen Charakter in stärkerm oder schwächerm Grad nachweisen bei

1 Melancholie,
2 Hallucinat, Verrücktheiten,
3 Delirösen Störungen,
1 Meningitis tuberculosa,

im Ganzen also bei 7 Fällen von 31.

Es scheint dies für die relative Seltenheit dieser Zustände zu sprechen, doch müssen wir von den 31 Fällen mindestens 14 ausser Rechnung lassen, theils weil diese Fälle nur wenige Tage unter Beobachtung waren, theils auch weil sie sich in steter Benommenheit befanden, theils endlich weil es sich um Paralytiker handelt, bei denen ja von Einer Beurtheilung des Charakters in obigem Sinne nicht die Rede sein kann.

Wir haben also den phthisischen Charakter bei 7 von 31—14 = 17 Fällen ausgesprochen oder in 41.2 %, in stärkerem Grade in 4 von 17 = 23.5 % der Fälle (Clouston fand phthisical Manie in 64 von 282 Fällen, also in 22.6 %), also gar nicht so selten.

Es kann dieser phthisische Charakter die ganze Zeit der phthisischen Krankheit durch andauern oder nur in gewissen Perioden der Phthise auftreten, zu Beginn derselben, mitten im Verlauf, oder gegen das Ende des Lebens. Er kann allein für sich bestehen, die einzige psychische Störung ausmachen oder er kann Theilerscheinung einer sonstigen Psychose sein oder er kann gewissermassen das Prodromalstadium einer nachfolgenden Psychose bilden wie bei unserm letzten Falle Dr. T.

II. Initiale Störungen.

Verschiedene Autoren, so besonders Morce, Griesinger, Voisin etc. betonen, dass häufig der Beginn der Tuberculisirung, besonders wenn dieselbe in etwas acuter Weise vor sich geht, von einer geistigen Störung begleitet wird, die sich zuweilen als Aufregung, Tobsucht darstellt, meist aber den Charakter der Depression, der Melancholie annimmt. Diese initiale Depression ist meist keine so tiefe, dass Anstaltsbehandlung nöthig würde, geht auch meist rasch vorüber, doch kommen auch Fälle länger dauernder tiefer initialer Depression vor.

Es ist nicht etwa, wie man vielleicht versucht wäre zu glauben, bloss die Sorge um das Kranksein, welche die Kranken deprimirt macht, sonst müsste man diese Depression ebenso regelmässig zu Beginn anderer schwerer Cachexien, z. B. des Carcinoms beobachten, was bekanntlich nicht der Fall ist. Es muss somit diese Störung eine Folge des tuberculösen Krankheitsprocesses sein. Die initiale Depression kann der Tuberculisirung nachfolgen oder gleichzeitig mit derselben auftreten, oder aber ihr auch scheinbar vorangehen. Der letztere Umstand scheint mir dafür zu sprechen, dass die initiale psychische Störung nicht, nicht immer wenigstens, durch die Störung des Athemgeschäftes erzeugt wird, durch locale Processe in den Lungen, sondern durch Störungen allgemeiner Art. — Ich meine, dass nicht immer die Lungentuberculose die psychische Störung hervorruft, sondern die Tuberculose, gleichgültig, wo sie sich localisirt, kann ebenfalls den geistigen Mechanismus stören.

Wenn ich meine Fälle auf initiale Störungen hin prüfe, so finde ich bei 3 von 31 Fällen solche, nämlich bei 3 Melancholischen Psychosen, bei Studiosus B., bei der Melancholia agitata Spe. und bei dem Mädchen mit Dysthymia neuralgica II. In allen 3 Fällen folgte die psychische Störung den ersten Anfängen der Tuberculose nach und in allen drei Fällen hatte sie depressiven Charakter.

III. **Phthisical Manie** (Clouston).

Ob die Aufstellung einer eigenen phthisischen Psychose, wie dies Clouston thut, gerechtfertigt ist, erscheint mir zweifelhaft. Selbst Clouston gesteht zu, dass er in seinen 64 Fällen kein einziges für Phthise allein charakteristisches Symptom, wie solche etwa den epileptischen alcoholischen Psychosen zukommen, entdecken konnte. Auch ich konnte in keinem meiner Fälle irgend ein psychisches Symptom entdecken, das den mit Phthise complicirten Psychosen eigen wäre.

Es scheint mir sich bei Cloustons Fällen um eine Steigerung dessen zu handeln, was ich oben als phthisischen Charakter beschrieb. Der letztere verleiht eben den sonst typisch verlaufenden Psychosen sein Gepräge, gleichgültig, ob es sich um Melancholieen, Verrücktheiten oder sonstige Psychosen handelt.

Unter meinen 7 Fällen mit phthisischem Charakter finden sich 4, bei denen diese Charakteranomalie schärfer ausgesprochen war (oder 23.5 % der Fälle), bei denen namentlich auch ein starker Zug von Misstrauen hervortrat. Clouston würde diese 4 Fälle vielleicht auch als phthisical Manie aufgefasst haben.

Zweifelsohne dürfen wir vom actiologischen Standpunkte aus von tuberculösen Psychosen als einer eigenen Gruppe von Geisteskrankheiten sprechen, ob aber auch vom symptomatologischen, möchte ich bestreiten. Jedenfalls können wir nicht mit demselben Rechte symptomatiologisch tuberculöse Psychosen unterscheiden, als etwa hysterische, epileptische, alcoholische.

Auch Jacobi behauptet, wie wir gesehen haben, dass die mit Tuberculose complicirten Tuberculosen zuweilen eine so eigenthümliche Form darbieten, dass allein aus den psychischen Symptomen die Diagnose auf Phthise gestellt werden kann. Zum Beweis hierfür theilt er dann eine Anzahl Fälle mit, die in der That gewisse, allen gemeinschaftliche

Züge nicht verkennen lassen. Wenn wir aber diese Fälle näher prüfen, so werden wir gewahr, dass das allen Gemeinschaftliche eben in nichts anderem besteht, als in einer gewissen reizbaren Schwäche der Psyche, des Gemüthes, Willens etc., wie sie eben häufig auch durch andere das Geistesleben schwächende Einflüsse, z. B. durch Neurosen, Masturbation erzeugt wird. Wie schon in mehreren meiner Fälle, so ist auch in denen Jacobis (besonders in Fall 5 u. 9) auffallend, in wie manchen Beziehungen das Gesammtkrankheitsbild der mit Tuberculosen complicirten Psychosen übereinstimmte, z. B. mit hysterischen Geisteskrankheiten.

Wir sehen in Jacobis Fällen mit dem Auftreten der Tuberculose eine Aenderung des Charakters sich vollziehen. Es entwickelt sich der phthisische Charakter; aber derselbe ist eben nur der Ausdruck der durch die tuberculöse Erkrankung gesetzten reizbaren Schwäche des Centralnervensystems und unterscheidet sich daher nicht wesentlich von durch andere schwächende Einflüsse, z. B. schwere hereditäre Belastung, Hysterie, Masturbation zuweilen entstehenden Charakteren. In keinem der Fälle Jacobi's, in keinem der meinigen konnte ich, so zu sagen, specifische Symptome entdecken. Ich halte daher die Aufstellung einer tuberculösen Psychose vom symptomatologischen Standpunkte aus nicht für gerechtfertigt.

Neumann schliesst sich Jacobi an, ohne seine Auffassung durch Beispiele zu begründen.

Voisin, der ebenfalls eine folie tuberculose als eigene Gruppe von Psychosen aufstellt, hat vorzugsweise Fälle von Tuberculose des Centralnervensystems und seiner Hüllen im Auge. Nach ihm ist die folie tuberculose stets depressiver Natur und neigt einerseits zur folie simple monomaniaque, andrerseits zur Paralysis general. progr., unterscheidet sich jedoch von beiden durch ihre Natur, ihren Verlauf und ihre anatomischen Veränderungen. Keiner meiner Fälle (31), auch keiner der mit Tuberculose der meinigen complicirten, bot das von Voisin geschilderte Krankeitsbild. Ich muss

daher die Frage, ob der im Centralnervensystem und seinen Hüllen localisirten Tuberculose eine bestimmte Art Psychose entspricht, dahingestellt sein lassen, um so mehr, als sie eigentlich über den Rahmen meines Thema's, das vor allem die mit Lungentuberculose complicirten Psychosen betrifft, hinausgeht.

IV. Deliröse Zustände.

Die Angabe Clouston's, dass deliröse Zustände bei Tuberculose selten seien, kann ich nicht bestätigen. Nicht weniger denn fünf meiner Fälle gehören in dieses Gebiet, abgesehen von 3 alcoholischen Fällen und 1 puerperalen Fall. — Nur in 1 der 5 Fälle konnte ich noch andere ursächliche Momente geltend machen (Castration, Blutverlust, starkes Fieber), in den andern aber müssen wir die tuberculöse Affection beschuldigen. Ich meine so, dass die durch die Tuberculose herbeigeführte Anämie als Grund der Delirien angesehen werden muss; ich zähle somit diese Fälle in die Gruppe der Inanitionsdelirien und lasse es unentschieden, welches der schwächenden Momente, ob das Fieber, die Darmcatarrhe, die Blenorrhoë, die Athmungsbehinderung, die gestörte Verdauung etc. etc. mehr zur Erzeugung dieser Anämie beigetragen haben.

Nur in einem Fall endigte das Delirium nach circa einmonatlicher Dauer mit Tod, die Andern genasen psychisch und erlagen ihrer körperlichen Krankheit erst viel später. Einer derselben war ein Fall ganz kurz dauernder Aufregung, Zerstörungssucht, Drang zu Gewaltthätigkeit bei einem reizbaren Menschen, der schon öfter vorübergehende Momente von Benommenheit gehabt hatte. Wir können dies wohl als eines jener vorübergehenden Delirien auffassen, wie sie eben als zeitweises Vorkommniss bei Kranken mit phthisischem Charakter erwähnt werden.

Im vierten Fall (N.) darf das achttägige Delirium nicht allein und vorzugsweise auf Anämie und Fieberwirkung zurückgeführt werden, denn beide bestanden nach Aufhören der Delirien in noch höherm Grade weiter. Wir haben daher in diesem Falle die Ursache direct in der tuberculösen Affection gesucht und an eine neue unbeachtet gebliebene tuberculöse Infiltration oder an eine Art Selbstinfection, durch Resorption von Cavernenninhalt vielleicht, gedacht. Im letzten Falle besteht der Verdacht, dass vielleicht tuberculöse Ablagerungen in den Meningen das Delirium bedingt hatten.

Wir sehen, dass solche Delirien nicht bloss kurz vor dem Tode auftreten können, sondern dass sie bei dazu disponirten, meist hereditär schwer belasteten Individuen auch mitten im Verlauf der Tuberculose vorkommen.

Analog den alcoholischen Delirien sind auch diesen sehr lebhafte Hallucinationen und Illusionen besonders des Gesichts, aber auch der andern Sinne, grosse Benommenheit und Verwirrtheit, hochgradige Amnesie (ein Fall ausgenommen) eigen. — Unter den Sinnestäuschungen scheinen namentlich Thiervisionen eine grosse Rolle zu spielen; sie werden an Form und Inhalt ganz so geschildert, wie dies von alcoholischen Deliranten geschieht.

Zweifelsohne giebt es auch Fälle, wo die Tuberculose direct oder indirect

V. Typische Psychosen,

besonders Melancholieen und Verrücktheiten erzeugt, die gar nichts anormales im Verlaufe zeigen. Höchstens macht sich der phthisische Charakter etwas geltend. Beispiele ganz normal verlaufender typischer Psychosen sind die agitirte Melancholie Sp.'s und die periodische Melancholie der Frau Schm., sowie die hypochondrische Melancholie der Frau M. Der agitirte Melancholiker Br., die zwei Verrückten W. und R. sind Beispiele typischer Psychosen bei gleichzeitig hervortretendem phthisischem Charakter.

Gewiss giebt es auch Fälle genug, bei denen die Tuberculose eine ganz zufällige Complication der Geisteskrankheit ist. Als Beispiel kann ich den alcoholischen Deliranten G. nennen.

In einer grossen Zahl der Fälle sind gewiss Tuberculose und Psychose der Ausdruck derselben Constitutionsschwäche, der nämlichen progressiven hereditären körperlichen und geistigen Degeneration. — Das sind jene hereditär, sowohl körperlich wie geistig, Belasteten, bei denen man kaum sagen kann, wann eigentlich die Psychose und wann die Tuberculose begonnen hatte und welche der beiden Krankheiten zuerst aufgetreten war, da eben beide Leiden sich in ihren ersten Anfängen bis in die frühe Jugend zurück verfolgen lassen. Es sind neuropathische, scrophulöse, anämische Individuen, die eben körperlich wie geistig auf krankhafte äussere Reize abnorm rasch und intensiv resgiren, und es ist gewiss oft von rein zufälligen äusseren Verhältnissen abhängig, wenn diese Leute zuerst tuberculös oder aber zuerst psychisch erkranken.

Schwere psychische Erkrankung kann aber auch zweifelsohne Tuberculose erzeugen. Dass dies, wie Hagen will, die Regel sei, kann ich nach den Ergebnissen meiner Untersuchungen der hiesigen Fälle nicht bestätigen. Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch lebhaft bestreiten, dass längerer Anstaltsaufenthalt an und für sich und das Anstaltsleben im Besonderen die Neigung zur Tuberculose steigere. Unter meinen 31 Fällen fand sich ein einziger, der längere Zeit, nämlich 13 Jahre, in der Anstalt zugebracht hatte, und selbst bei diesem Falle war es zweifelhaft, ob nicht die Tuberculose schon vor Beginn der Psychose bestanden hatte, wenigstens die Neigung dazu. Und im Versorgungshaus, wo die gesundheitlichen Verhältnisse im Allgemeinen nicht besser sind als im Irrenhaus, und wo die mittlere Dauer der Anstaltsbehandlung eine viel grössere ist, starben in den letzten 10 Jahren nur 13 von 154 an Tuberculose, also nur 8.4 %, während im Irrenhaus 15.6 %, in der Stadt 28 % dieser Krankheit erlagen.

Ich bin überzeugt, dass die hygieinischen Verhältnisse jeder gut geleiteten Anstalt neuerer Bauart für die Mehrzahl der Anstaltsbewohner unendlich viel günstigere sind, als die häuslichen Gesundheitsverhältnisse. Luft, Nahrung, Kleidung, Beschäftigungsweise, Erholungen sind gewiss in Anstalten bei weitem besser als im Privatleben. Dann fallen für die Anstaltsbewohner eine Menge Schädlichkeiten weg, wie alcoholische und andere Excesse, Erkältungen etc., die der Entwicklung von Tuberculose so sehr Vorschub leisten. Bei dem geringsten Unwohlsein finden die Leute sofort richtige Pflege und ärztliche Behandlung, die es ermöglichen, manchen Katarrh z. B. im Keime zu ersticken, der draussen vielleicht chronisch geworden wäre und den Anstoss zur Entwicklung von Phthise gegeben hätte. All diesen günstigen Verhältnissen gegenüber kann die Möglichkeit, dass tuberculöse Infection durch das Zusammenleben in grossen Anstalten erleichtert werde, nicht ins Gewicht fallen.

Sehr schlagend ist in dieser Hinsicht die Angabe Hagens, dass er in 30 Jahren von circa 500 Wärtern nur drei an Phthise erkranken sah, wobei zwei davon wahrscheinlich schon bei ihrem Eintritte phthisisch waren. Wenn in meinen Fällen irgendwo die Psychose für die Entstehung der Tuberculose verantwortlich gemacht werden kann, so gilt dies für die drei Fälle von Paralyse, die zu Beginn der Anstaltsbehandlung wahrscheinlich noch nicht phthisisch waren.

Dass nicht selten Meningitis tuberculosa kürzer oder länger dauernde Psychosen hervorrufen kann, beweisen meine sechs Fälle, beweisen zahlreiche Fälle der Litteratur (z. B. Voisin, Wiener Berichte).

Ich will nun versuchen, in Kürze zusammenzustellen, was aus den vorliegenden Erörterungen sich ergeben hat.

1. Die Tuberculose ist im Basler Irrenhaus keine sehr häufige Erkrankungsart der Geisteskranken. Sie wurde in 23 von den in den letzten 10 Jahren zur Section gekommenen 147 Fällen oder in 15 % aller Fälle nachgewiesen, während in Basel 28 % aller an Erkrankungen gestorbenen Erwachsenen der Lungen-Phthise erlagen.

2. Die Häufigkeit der Tuberculose bei Irren wird von den verschiedenen Beobachtern sehr verschieden geschätzt. Sie hängt jedenfalls zum grossen Theil von einer Anzahl sehr verwickelter äusserer Verhältnisse ab.

3. In weitaus der Mehrzahl meiner Fälle (74.1 %) bestand die Tuberculose vor Ausbruch der Psychose.

4. In weitaus der Mehrzahl meiner Fälle kann daher die Geisteskrankheit nicht die Ursache der Tuberculose gewesen sein.

5. In der Mehrzahl meiner Fälle muss die Tuberculose als Hauptursache der Psychose angesehen werden.

6. Die Tuberculose erzeugt häufig eine eigenthümliche Aenderung des Charakters. Der durch die Tuberculose erzeugte, meist noch in der Breite der geistigen Gesundheit liegende phthisische Charakter ist gekennzeichnet durch grosse Launenhaftigkeit, Reizbarkeit, Capriciosität, spontan und rasch zwischen weiten Extremen hin und her schwankende Stimmung, Abschwächung der intellectuellen Fähigkeiten, des Gedächtnisses, der Urtheile und geistigen Arbeitskraft, durch äusserlich unmotivirte plötzliche Ausbrüche von Zorn und Leidenschaft.

7. Initiale psychische Störungen begleiten oft den Beginn der Tuberculisirung oder folgen ihm nach, oder können ihm aber auch scheinbar vorangehen. Dieselben haben meist den Charakter der Depression, seltener den von Aufregungszuständen. Alle 3 hier beobachteten initialen Störungen waren melancholische.

8. Clouston stellt unter dem Namen »phthisical Manie« eine eigene Gruppe von Psychosen auf. Ich kann darin nur eine, wenn man will krankhafte Steigerung des phthisischen Charakters erkennen. Ich zweifle aber, dass man mit demselben Rechte vom symptomatologischen Standpunkte aus von »phthisischen Psychosen« sprechen darf, wie etwa von hysterischen, epileptischen, alcoholischen, masturbatorischen.

9. Auch typisch verlaufende Psychosen, besonders Melancholien und hallucinatorische Verrücktheiten, können durch Tuberculose erzeugt werden. Sie können dabei jenen phthisischen Charakter mehr oder weniger deutlich zeigen oder aber auch ganz wie gewöhnlich verlaufen.

10. Deliröse Zustände, analog den Inanitionsdelirien, auf Grund von Tuberculose wurden in 5 Fällen beobachtet, 1 davon starb nach 4wöchentlicher Dauer des Deliriums, die andern erholten sich geistig völlig und starben erst viel später an Phthise. Es giebt also Delirien kurz vor dem Tode und solche mitten im Verlaufe der Phthise. Lebhafte Hallucinationen, besonders des Gesichts (Thür- und Flammenvisionen), grosse Benommenheit und Verwirrtheit charakterisiren dieselben.

11. Nicht selten führt auch Meningitis tuberculosa zu kürzer oder länger dauernden Psychosen.

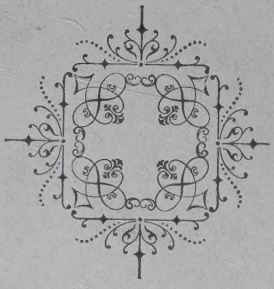
12. In gewissen Fällen ist die Tuberculose als einfache Complication der Psychose aufzufassen, ohne Zusammenhang mit der letzteren.

13. Psychosen, besonders schwere, lang dauernde Melancholien mit Stupor und starkem Suicidiumsdrang und Nahrungsverweigerung können auch zur Entwicklung von Tuberculose führen.

14. In vielen Fällen müssen Tuberculose und Psychose als Ausdruck derselben Constitutionsschwäche angesehen werden.

15. In 50 % meiner Fälle bestand tuberculöse Heredität, in 47.2 % neuropathische, in 20 % sowohl tuberculose wie neuropathische. Dies, sowie das häufige Vorkommen beider Krankheiten bei mehreren Gliedern derselben Familie, weist auf eine innige Verwandtschaft der tuberculösen und psychopathischen Constitution hin.

16. Lang dauernder Anstaltsaufenthalt begünstigt die Entstehung von Tuberculose nicht.

Errata.

Seite	13.	Z. 12	v. o.	soll es heissen:	Causalnexus.
-	22	- 6	v. u.	- -	l'exacerbation.
		- 1	-	- -	Phthisie.
-	24	- 14	-	- -	von 602 Sect. in 3 Jahren.
		- 11	-	- -	bei 192 Sect. in 13 Jahren.
-	34	- 2	-	- -	Subacuter
-	42	- 1	-	- -	**les** maladies.
-	43	- 9	v. o.	- -	cephalalgien
-	58	- 2	v. u.	- -	Autopsien,
-	59	- 12	v. o.	- -	**Geschlecht** statt Geschichte
-	62	- 5	v. u.	- -	Total 31 19 **12**
-	72	- 2	-	S. 73, 102 u. 110 soll es heissen:	Pachymeningitis
-	80	- 11	v. o.	soll es heissen:	Miliartuberculose
-	96	- 12	-	- -	dann statt denn
		- 4	v. u.	- -	raptusartigen
-	97	- 5	v. o.	- -	hier und **da**
-	131	- 2	-	- -	Morel, Griesinger,
-	136	- 17	-	- -	reagiren